

MARCELLA TRINDADE RIBAS

**PROBLEMATIZANDO O SUICÍDIO EM FLORIANÓPOLIS:
taxas suicidógenas e fatores sociais**

Monografia submetida ao Curso de
Graduação em Ciências Sociais, do
Centro de Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade Federal de
Santa Catarina, para obtenção do Grau
de Bacharel em Ciências Sociais.

Orientadora: Prof. Dra. Marcia Grisotti

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ribas, Marcella Trindade

Problematizando o suicídio em Florianópolis :
taxas suicidógenas e fatores sociais / Marcella
Trindade Ribas ; orientadora, Marcia Grisotti, 2018.
83 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Filosofia e Ciências Humanas, Graduação em Ciências
Sociais, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Ciências Sociais. 2. Suicídio. 3.
Enfocamento. 4. Sociologia. 5. Florianópolis. I.
Grisotti, Marcia. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Graduação em Ciências Sociais. III. Título.

Marcella Trindade Ribas

**PROBLEMATIZANDO O SUICÍDIO EM FLORIANÓPOLIS:
taxas suicidógenas e fatores sociais**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Bacharel, e aprovado em sua forma final pelo Programa de Graduação em Ciências Sociais com nota ____.

Florianópolis, 21 de novembro de 2018.

Prof. Tiago Daher Padovezi Borges, Dr.
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Profª. Marcia Grisotti, Dra.
Orientadora

Prof. Luís Felipe Guedes da Graça, Dr.
Membro da Banca Examinadora

Prof. Douglas Kovaleski, Dr.
Membro da Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primordialmente, ao meu pai, cujo encorajamento e apoio foi inestimável para que eu pudesse chegar ao fim desta tão árdua etapa. Obrigada pelo companheirismo, por comprar todas as minhas loucuras e pelo amor incomparável.

A minha orientadora, Dra. Marcia Grisotti, que durante dois anos de parceria tornou-se uma inspiração com todo o seu conhecimento. Gratidão por ter acreditado de que eu era capaz, por todo o tempo disponibilizado e pela contribuição em minha formação acadêmica.

Aos membros da banca, Dr. Luís Felipe Guedes da Graça e Dr. Douglas Kovalski por terem me acompanhado assiduamente durante a realização deste trabalho, pela paciência em me aturar durante os desesperos estatísticos e, por último, pelo meu crescimento e conhecimento que por vocês me foi passado.

Agradeço também aos mestres que ainda não cresceram o suficiente para transmitir seus conhecimentos devido ao medo de ensinar com medo da competitividade. A todos os colegas que, de uma maneira ou outra, tentaram colocar empecilhos enquanto críticos graduandos.

Por fim, a todas as amizades que fiz durante esses quatro anos de graduação. A Kelly Vieira Meira e Ana Cláudia Pinheiro, pelos momentos cômicos e trágicos diante da atual conjuntura sociológica deste país. E aqueles que, durante os últimos minutos se tornaram amigos que levarei para a vida, Gabriel Molinari, Filipe Scotti e Matheus Michels, meus fiéis amigos que me suportaram e me levantaram durante esta epopeia.

RESUMO

Este trabalho possui como intuito identificar aspectos sociais e demográficos dos indivíduos que cometeram suicídio na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, entre janeiro de 2008 e março de 2018. Durante o período analisado, 284 casos de suicídios foram notificados pela Secretaria de Saúde de Florianópolis. As variáveis para o estudo foram dispostas em: estações do ano, data, sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil, método utilizado e local de ocorrência. Como resultado, obteve-se que indivíduos do sexo masculino, de raça branca, solteiros, com idade entre 45 e 59 anos cometem mais suicídios que o restante da população, durante este período. Estes indivíduos apresentaram preferência para dar fim a própria vida durante as segundas-feiras, sendo mais comum no verão, outono e inverno e o método mais utilizado para suicidar-se foi enforcamento, estrangulamento e sufocação, em domicílio.

Palavras-chave: Suicídio. Florianópolis. Enforcamento. Sociologia.

ABSTRACT

This bachelor's research aims to identify which social and demographic aspects are inherent to the suicidal subjects in the city of Florianópolis, Santa Catarina, during the time gap of January of 2008 until March of 2018. During this period of times, 284 suicide cases were reported to the Secretaria de Saúde de Florianópolis, and later notified by it. This study's social categories are: seasons, date of reports, age range, race, marital status, suicide methods chosen by the subjects and the place where it happened. The results have shown that most of the subjects would rather end their lives on Mondays, specially during summer, autumn and winter. The most recurring methods of suicide were hanging, strangulation and suffocation. The results have also shown that most of the suicide acts were committed at home.

Keywords: Suicide. Florianópolis. Hanging. Sociology.

LISTRA DE FIGURAS

Figura 1 - Prevalência de suicídio de acordo com faixa etária	62
Figura 2 - Casos de suicídio e estações do ano	66
Figura 3 - Métodos utilizados para concretizar o ato	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos de suicídio em Florianópolis, de acordo com o ano de ocorrência.....	59
Tabela 2 - Casos de suicídio em Florianópolis distribuídos por sexo ...	60
Tabela 3 - Casos de suicídio em Florianópolis distribuídos por faixa etária e sexo.....	63
Tabela 4 - Casos de suicídio em Florianópolis distribuídos por estado civil e sexo	64
Tabela 5 - Casos de suicídio em Florianópolis distribuídos por raça/cor e sexo	65
Tabela 6 - Casos de suicídio em Florianópolis distribuídos em relação aos dias da semana	68
Tabela 7 - Casos de suicídio em Florianópolis distribuídos em relação aos dias da semana e faixa etária.....	69
Tabela 8 - Casos de suicídio em Florianópolis distribuídos em relação ao método utilizado e sexo.....	73
Tabela 9 - Casos de suicídio em Florianópolis distribuídos em relação ao método utilizado e local de ocorrência.....	74
Tabela 10 - Perfil do suicida na cidade de Florianópolis	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CID10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas
Relacionados à Saúde
CVV – Centro de Valorização da Vida
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IML – Instituto Médico Legal
INMET – Instituto Nacional de Meteorologia
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RBS – Rede Brasil Sul
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUPRE – Suicide Prevention Program
UPAs – Unidade de Pronto Atendimento
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
1 SUICÍDIO NA MÍDIA E ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO SUICÍDIO	21
1.1 SUICÍDIO NA MÍDIA.....	21
1.2 SUICÍDIO NO BRASIL.....	29
2 ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE O SUICÍDIO	33
2.1 OS CLÁSSICOS: MARX E DURKHEIM.....	33
2.2 ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS: ELIAS E RODRIGUES	38
2.3 UM OLHAR DA PSIQUIATRIA: CASSORLA	48
3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS SOBRE SUICÍDIO EM SANTA CATARINA E FLORIANÓPOLIS ...	53
3.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E CULTURAIS DE FLORIANÓPOLIS	53
3.2 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DO SUICÍDIO EM SANTA CATARINA E FLORIANÓPOLIS.....	55
3.3 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS DO SUICÍDIO NA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS	58
3.3.1 Distribuição de suicídio por sexo.....	60
3.3.2 Distribuição de suicídio por faixa etária.....	61
3.3.3 Distribuição de suicídios por estado civil e sexo	64
3.3.4 Distribuição de suicídios por raça/cor	65
3.4 TEMPORALIDADE DO SUICÍDIO	66
3.4.1 Estações do ano.....	66
3.4.2 Dias da semana	67
3.5 CARACTERÍSTICAS DO ATO SUICIDA.....	69
3.5.1 Método utilizado	72
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS	79

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), o suicídio é considerado um grave problema de saúde pública. De acordo com dados divulgados pelo Ministério da Saúde em 2017, analisados entre 2011 e 2016 no Brasil por ano, em média 11 mil pessoas tiram a própria vida.

Uma taxa que gira em torno de seis suicídios para cada 100 mil habitantes ao longo de um ano pode parecer relativamente baixa se considerarmos que a média mundial está em torno de doze. No entanto, por ser populoso, o Brasil ocupa o oitavo lugar entre os países que têm os maiores números de mortes por suicídio (WHO, 2014 apud BOTEGA, 2018, p.182)

Embora seja um tema clássico, é ainda pouco explorado dentro das Ciências Sociais, este assunto tão delicado vem despertando interesse nos pesquisadores, devido ao disparado aumento de casos de suicídios, principalmente entre jovens. O suicídio é a soma da relação entre fatores genéticos, psicológicos, ambientais, biológicos, culturais e, acima de tudo, sociológicos, podendo então, ser analisado em todos estes campos e em muitos outros. Não se sabe a origem do pensamento suicida e nem quais são as suas principais causas, o que se sabe é que o indivíduo que comete suicídio tem como objetivo a interrupção de sua vida para evitar a dor psíquica – dor esta que pode ser oriunda de transtornos mentais ou causas sociais. Os transtornos mentais como fatores de risco relacionados ao indivíduo, podem aumentar a predisposição para concretizar o ato, assim como alguns fatores sociais (desemprego, pobreza, etc) podem influenciar na ideação suicida. Bem como estes fatores sociais podem gerar um transtorno mental, e consequentemente o suicídio. Segundo Botega (2018), do ponto de vista da saúde pública, os fatores de risco são oriundos da consolidação de dados de estudos populacionais.

A premissa deste estudo sucedeu-se em uma disciplina de Sociologia durante a graduação, voltada para a análise exploratória de dados sobre suicídio na Grande Florianópolis em discussão com a célebre obra *O Suicídio* (1897), de Durkheim (1858) e em Estatística, com o intuito de buscar possíveis correlações entre Índice de Desenvolvimento Humano e suicídio em Florianópolis.

A atual pesquisa é delimitada a analisar e interpretar os óbitos por suicídio na cidade de Florianópolis e aborda as seguintes problematizações: Quais os dados de notificação de suicídio disponíveis pela Vigilância Epidemiológica? O que esses dados poderiam auxiliar na compreensão dos indicadores sociais envolvidos nas práticas de suicídio na cidade de Florianópolis?

A pesquisa se dará através de um estudo transversal e estatística descritiva, com objetivo de analisar aspectos sociodemográficos do suicídio na cidade de Florianópolis, no período de janeiro de 2008 a março de 2018. Durante o período analisado, foram registradas 284 mortes por suicídio na cidade. Tais dados foram fornecidos pela Secretaria de Saúde de Florianópolis e selecionados pela autora, dispostos nas seguintes variáveis: estações do ano, data, sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil, método utilizado para concretizar o ato e local de ocorrência. As definições de suicídio foram retiradas da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), de 2008, e são referentes ao Capítulo XX Causas externas de morbidade e de mortalidade (V01-Y98).

Através da estatística descritiva, utilizando o *software* IBM SPSS Statistics, as variáveis foram analisadas por meio de uma distribuição de frequência simples, sendo realizadas associações entre as variáveis para que pudesse haver a comparação entre as mesmas e também medidas descritivas para os dados quantitativos (média e valores máximos e mínimos).

A pesquisa será estruturada em três capítulos. No primeiro, será abordado o suicídio na mídia, buscando entender como a mídia noticia os suicídios que ocorrem; e características do suicídio no Brasil. O segundo capítulo traz a discussão da literatura escolhida para o estudo, com diferentes autores que exploram este tão abrangente tema, divididos em três subcapítulos: Os clássicos: Marx e Durkheim; Abordagens contemporâneas: Elias e Rodrigues e Um olhar da psiquiatria: Cassorla. Por fim, o último capítulo contemplará os resultados obtidos na análise em discussão com a literatura.

1 SUICÍDIO NA MÍDIA E ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DO SUICÍDIO

1.1 SUICÍDIO NA MÍDIA

Transtornos mentais que afetam indivíduos do ponto de vista emocional ao ponto de levar ao ato de tirar a própria vida, tem se tornado frequente. E, como parte de sua ocorrência cotidiana, tem levado a uma certa resignação/naturalização por parte da sociedade. Os números cada vez mais alarmantes de suicídios, contando também com as várias tentativas frustradas, apresentam maior crescimento entre jovens e idosos, representando um grande problema de saúde pública; mesmo que muitas vezes, mascarados por familiares em seus atestados de óbitos. Em alguns raros casos, pode ser um ato cultural que não recebe a mesma conotação negativa referente ao fenômeno, que serão abordados no segundo capítulo.

Entre os diversos aspectos envolvidos na problemática, destacamos aqui o papel da mídia, por ser um ator social que provoca um grande impacto com a disseminação de informações sobre o suicídio. Com o advento de tecnologias avançadas, os meios de comunicação tornaram-se uma extensão de nossos braços, através de jornais impressos, televisivos ou redes virtuais. A busca constante por informação faz com que o indivíduo se sinta parte da sociedade em que vive através das mais variadas informações sobre política, economia, artes, moda, tragédias, etc., tornando, então, o indivíduo apto para debates diários. Ao mesmo tempo em que os indivíduos utilizam dessas tecnologias com frequência, as informações tornam-se voláteis e, muitas vezes, banalizam os fatos sociais, tendendo a gerar uma expectativa nos indivíduos para a próxima notícia, seja ela sensacionalista ou verídica.

Barbosa, Ogasawara e Benazzi (2010) abordam questões sobre ética e moral no Jornalismo, apresentando o significado de moral de Cristofoletti (2008), que são as regras que os homens criaram para que pudessem viver em harmonia, com seus comportamentos orientados e para que houvesse equilíbrio em suas comunidades. Ética, segundo Barbosa, Ogasawara e Benazzi (2010), seria o modo como administramos a moral, separando-a em ética pessoal e ética profissional. Para o jornalismo não existe distinção entre esses dois tipos de ética, a ética do jornalista é a mesma do cidadão, o que é ruim para um, é ruim para o outro. O Código de Ética dos Jornalistas Brasileiros (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS JORNALISTAS, 2007) tem como

principal argumento o direito do cidadão ter acesso à informação e às informações de interesse público, onde a divulgação dessas informações devem ser pautadas na veracidade dos fatos, porém, deve haver a preservação do direito à imagem, privacidade e honra às fontes sob responsabilidade dos formadores de opinião. Ao mesmo tempo, não podem revelar informações sensacionalistas, de caráter mórbido ou contrário a valores humanos, principalmente em cobertura de crimes e acidentes (FEDERAÇÃO NACIONAL DOS JORNALISTAS, 2007). Deste modo, analisaremos brevemente, como a morte e, especificamente, morte por suicídio, são veiculados na imprensa.

Negação e ocultação da morte é o que cerca os campos midiáticos e, deste modo, acabam por reverberar o tabu da morte.

A verborragia que a cerca nos meios de comunicação de massa é negação da morte, é ocultação dela do mesmo modo que o silêncio imperante em outros domínios. (RODRIGUES, 2006, p. 206).

Diariamente são exibidas e publicadas notícias negativas nos nossos jornais que permeiam a nossa sociedade, sejam elas sobre homicídios, estupro, latrocínios, acidentes, tragédias naturais, etc. Notícias estas que saem de nossos ouvidos com tamanha facilidade, da mesma maneira que entraram, notícias incapazes de importunar nossas refeições diárias ou nossos momentos de lazer, inclusive aquelas que abordam a morte como tema principal. As mortes apresentadas nos meios midiáticos, segundo Rodrigues (2006), não são mortes. São mortes violentas, catastróficas, criminosas, que atingem pessoas importantes, que não transformam as relações sociais e que não são tratadas pelos ditos jornalista como devem ser tratadas. Aquele que tem sua morte exibida nos meios de comunicação é um anônimo, um indivíduo numérico, intangível para nós, telespectadores, acadêmicos, pesquisadores e somente os familiares e amigos das vítimas midiáticas são capazes de sentir a verdadeira dor da morte que os noticiários estão apresentando. Diante do dito tabu da morte, aprofundaremos melhor no segundo capítulo deste estudo.

O suicídio é um ato complexo que envolve múltiplas dimensões podendo-se conjecturar se é um ato que parte de um ato individualizado ou de influências externas, tais como aspectos sociodemográficos, socioeconômicos, etc. O que fica bastante explícito sobre o suicídio é que se trata um ato externalizado daquele que não suporta mais a dor. O

suicídio, para Durkheim (2014), é um fenômeno social e coletivo e, para cada grupo social, há uma predisposição maior ou menor para que o fenômeno ocorra. A morte por suicídio, se comparada aos outros tipos de morte, apresenta ainda menor visibilidade nas mídias e nos jornais. Embora sejam publicadas, aparecem de modo sensacionalista e não recebem a atenção e cuidado que merecem. Divulgados ou não, atos de violência contra o outro ou contra si mesmo e, principalmente, a morte, continuarão a acontecer em nossa sociedade.

Não se trata de fazer ou criar uma apologia ao suicídio, mas o fato é que suicídios deveriam sim receber maior visibilidade na mídia, obviamente habilitada e com ferramentas cognitivas para o repasse dessa informação. Não devem ser noticiados somente os suicídios de casos de pessoas famosas ou daquelas que apresentam status em nossa sociedade. Os suicídios dos ditos anônimos também – tanto os suicídios que ocorrem em domicílio como os que ocorrem em vias públicas devem ser noticiados, em ambos os casos, com cautela e sempre orientando a população para buscar ajuda em casos de ideação suicida. O suicídio muitas vezes é negado nos meios de comunicação pelo fato de existir uma crença onde, ao noticiar um suicídio, a imprensa está, inconscientemente, incentivando aqueles que aparentam uma predisposição para a consumação do ato. Se, por um lado, ao noticiar uma nova morte por suicídio irá gerar novas mortes por suicídio, o silêncio das mesmas continuará gerando novas mortes. Nós sabemos sobre o fenômeno, temos amigos que tiraram suas próprias vidas, ouvimos conversas em transportes públicos sobre indivíduos que se suicidaram, buscamos entender as dores que uma perda nos traz, mas ainda sim somos incapazes de entender, sociologicamente falando, as fatalidades do fenômeno suicídio. Portanto, o fenômeno ocorrido em via pública deveria ser noticiado quebrando o seu caráter tabu. Os meios de comunicação, por serem participantes ativos de nossas vidas, poderiam e deveriam exercer eficiente papel na prevenção de suicídios, auxiliar nos debates entre famílias, escolas, crianças e adolescentes, indicar auxílios gratuitos fornecidos pelo estado – como CAPS e Unidades Básicas de Saúde, UPAs 24h, SAMU (192), Pronto Socorros, hospitais e o CVV (188) – como superar a perda por suicídio, e, não menos importante, salientar um debate sobre como a morte voluntária não é uma maneira menos digna de se morrer. Deste modo, para Grando (2010), haveria uma colaboração para desconstruir o tabu e preconceitos enraizados no imaginário coletivo.

Diversos profissionais e exploradores do jornalismo, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, economistas apontam suas visões em relação a imprensa e o suicídio. Durkheim (2014) aponta que pode haver relação entre noticiar suicídios e novos casos. Para o sociólogo, sem fonte, não há propagação, não pode existir imitação se não existe um ideal a ser imitado.

Há imitação quando um ato tem, como antecedente imediato, a representação de um ato semelhante, anteriormente realizado por outrem, sem que, entre essa representação e a execução, se intercale nenhuma operação intelectual, explícita ou implícita, referente às características intrínsecas do ato reproduzido. (DURKHEIM, 2014, p. 111)

Portanto, para o autor, não há dúvidas de que a concepção do suicídio se propaga contagiosamente. Porém, para ele, o fato de o suicídio transmitir-se de indivíduo para indivíduo não resulta de que essa contagiosidade possa produzir efeitos sociais sobre a taxa social de suicídios, mas que também pode acontecer pela simples consequência individual e esporádica, deste modo, a imitação só teria influência suicidógena nos indivíduos que apresentam maior predisposição ao ato. Durkheim aponta que vários autores, que atribuíram à imitação um poder que ela não possui, solicitaram que a reprodução de suicídios e crimes fosse censurada nos jornais, porém, o que poderia colaborar para o desenvolvimento de suicídios e homicídios não seria sobre falar deles e sim o modo como se fala.

Não há fato tão facilmente transmissível por contágio quanto o suicídio, e no entanto, vimos que essa contagiosidade não produz efeitos sociais. Se, nesse caso, a imitação é tão desprovida de influência social, ela não é suscetível de ter mais influência nos outros; as virtudes que lhe atribuem são, portanto, imaginárias. Ela pode, em um círculo restrito, determinar algumas reproduções de um mesmo pensamento ou de uma mesma ação, mas nunca tem repercussões tão amplas nem tão profundas para atingir e modificar a alma da sociedade. (DURKHEIM, 2014, p. 123)

Rodrigues (2006), ao analisar a morte e o tabu da morte em diversas culturas, apresenta que para parte das culturas africanas a morte natural é inexistente, onde toda morte é um assassinato. Na África Ocidental, os *bambara* remetem a morte “ao domínio exterior das agressões noturnas” e “do mal que vaga pelo mundo”. A palavra ‘morte’ é sinônimo de contágio. (ZIEGLER, 1975 apud RODRIGUES, 2006, p. 27)

Deste mesmo modo, a OMS (2000) afirma que clínicos e pesquisadores sabem que não é a cobertura midiática do suicídio em si que desencadearia o aumento do suicídio e sim alguns determinados tipos de cobertura que tenderiam a aumentar o comportamento suicida em populações estritamente vulneráveis. Para Rodrigues (2006), o que os meios de comunicação de massa fazem é uma negação da morte, ecoam num silêncio o tabu da morte, nos alienando do verdadeiro sentindo que a morte tem, tornando cada vez mais efetivo a repressão sobre esta tão inquietante fatalidade diária.

Em seu estudo *O Suicídio na Pauta Jornalística*, Grando (2005) apresenta debate de vários estudiosos sobre o tema suicídio na mídia. Dentre eles, a fala do psiquiatra, professor e ex-presidente da Sociedade Portuguesa de Suicidologia, o qual acredita que o suicídio quando noticiado apresenta caráter catastrófico

As notícias de suicídio devem merecer apenas um breve apontamento, uma nota de rodapé. Sem falar de pormenores, sem detalhes quanto ao método do suicida e do eventual local onde foi cometido. Jamais noticiar suicídios de figuras mediáticas de forma a que possam servir de hipotético modelo para pessoas perturbadas. Corre-se o risco de glorificar o suicídio e isso provoca fenômenos de imitação. [...] quando se aborda de uma forma pormenorizada o suicídio de uma figura pública deve-se, pelo menos, incluir dados sobre as estratégias de prevenção e os sítios a que as pessoas podem recorrer. Caso contrário, a notícia pode ser apenas o interruptor, pois vai mexer com muita gente que está deprimida, já tentou suicidar-se ou está na iminência de fazê-lo (SARAIVA, 2001 apud GRANDO, 2005)

Frequentemente os jornalistas buscam orientações nos manuais de redação e códigos que regem as práticas jornalísticas. Jornais de

grande circulação em nosso país apresentam certa carência ao abordar assuntos de cunho mórbido como, particularmente, o suicídio. Deste modo o Manual de Redação da Folha de São Paulo orienta:

Morte: prefira as palavras morrer, morte e morto a falecer, falecimento e falecido. Não use passamento, trespasse ou desencarnação, a não ser que essas palavras constem de alguma declaração. Não omita a causa da morte do personagem que seja objeto da notícia. Em caso de suicídio, contudo, não descreva o método utilizado. Exceções, em ambos os casos, devem ser discutidas com a Secretária da Redação. A seção Mortes, a depender da avaliação do editor, pode respeitar eventual pedido da família para não revelar a causa da morte (FOLHA DE SÃO PAULO, 2018, p. 486)

O Manual de Redação do jornal O Estado de São Paulo orienta:

Morrer, morte, morto. 1 – Por serem mais jornalísticas, use estas palavras no noticiário, em vez de falecer, falecimento ou falecido, cujo emprego deve ficar restrito à seção de Falecimentos. [...] Mortes como tratar: Sem fazer estardalhaço ou sensacionalismo, diga efetivamente de que uma pessoa morreu. Não há motivo para preconceito e o leitor merece a informação correta, seja a morte decorrente de suicídio, seja de doenças como a Aids, o câncer, a leucemia ou outras. As circunstâncias da morte também deverão sempre ser devidamente esclarecidas. Poupe o leitor, porém, de detalhes escabrosos, que pouco ou nada acrescentam ao noticiário, no caso de crimes violentos. Particularidades da vida íntima da pessoa – era homossexual, era traído pela mulher ou pelo marido, por exemplo – somente deverão figurar na reportagem se estiverem diretamente relacionados com a causa ou as circunstâncias da morte (ESTADÃO, 2018)

Grando (2010) aponta a distinção entre os manuais e normas da mesma empresa de comunicação, a Rede Brasil Sul de Comunicações – RBS. Nas normas editoriais está definido que

As notícias sobre suicídios – a não ser em casos excepcionais – não devem ser divulgadas ou destacadas. (É fato comprovado que a divulgação de suicídios estimula a morte de suicidas potenciais). (GRUPO RBS, 2011)

O Guia de Ética e Autorregulamentação Jornalística do Grupo RBS aponta que

Atos de suicídio ou de automutilação só devem ser noticiados quando envolverem pessoa pública, caracterizarem o comportamento de determinado segmento social ou tiverem provocado forte impacto na comunidade. Mesmo nestes casos, deve-se evitar detalhar as razões do ato e, sempre que possível, agregar informações de orientação ao público, ouvindo-se especialistas que possam ajudar na prevenção (GRUPO RBS, 2011)

A Organização Mundial da Saúde, em 1999, lançou o SUPRE (*Suicide Prevention Program*), como iniciativa mundial para a prevenção do suicídio, diversos manuais com orientações a todos os tipos de profissionais que podem contribuir com a prevenção do suicídio, entre estes manuais encontramos o “Manual para profissionais na mídia”. Este manual visa destacar o impacto que a cobertura midiática pode exercer nos suicídios, mostrando que alguns tipos de cobertura podem auxiliar na prevenção da “imitação” do comportamento suicida. Deste modo, abordaremos tópicos descritos no SUPRE que devem ser levados em consideração por todos os campos midiáticos, separados em Como Noticiar Suicídios em Geral e Como Noticiar Casos Específicos de Suicídio:

O primeiro aborda seis características: I) as estatísticas devem ser interpretadas cuidadosamente e corretamente; II) fontes de informação confiáveis e autênticas devem ser usadas; III) comentários improvisados devem ser feitos cuidadosamente, a despeito das pressões de tempo; IV) generalizações baseadas em fragmentos de situações requerem atenção particular; V) expressões como “epidemia” e “o lugar com a mais alta taxa de suicídio no mundo” devem ser evitadas; VI) deve-se abandonar

teses que explicam o comportamento suicida como uma resposta às mudanças culturais ou à degradação da sociedade (OMS, 2000, p. 7)

O segundo tópico aborda sete características de como notificar casos específicos de suicídios e que, em diversos aspectos, se distancia dos princípios propostos pelas pautas jornalísticas: I) a cobertura sensacionalista de um suicídio deve ser assiduamente evitada, particularmente quando uma celebridade está envolvida. A cobertura deve ser minimizada até onde seja possível. Qualquer problema de saúde mental que a celebridade pudesse apresentar deve ser trazido à tona. Todos os esforços devem ser feitos para evitar exageros. Deve-se evitar fotografias do falecido, da cena do suicídio e do método utilizado. Manchetes de primeira página nunca são o local ideal para uma chamada de reportagem sobre suicídio; II) devem ser evitadas descrições detalhadas do método usado e de como ele foi obtido. As pesquisas mostram que a cobertura dos suicídios pelos meios de comunicação tem impacto maior nos métodos de suicídio usados do que na frequência de suicídios. Alguns locais – pontes, penhascos, edifícios altos, etc – tradicionalmente associam-se com suicídios. Publicidade adicional acerca destes locais pode fazer com que mais pessoas os procurem com esta finalidade; III) o suicídio não deve ser mostrado como inexplicável ou de uma maneira simplista. Ele nunca é o resultado de um evento ou fator único. Normalmente sua causa é uma interação complexa de vários fatores, como transtornos mentais e doenças físicas, abuso de substâncias, problemas familiares, conflitos interpessoais e situações de vida estressantes. O reconhecimento de que uma variedade de atores contribuem para o suicídio pode ser útil; IV) o suicídio não deve ser mostrado como um método de lidar com problemas pessoais como falência financeira, reprovação em algum exame ou concurso ou abuso sexual; V) as reportagens devem levar em consideração o impacto do suicídio nos familiares da vítima, e nos sobreviventes, em termos de estigma e sofrimento familiar; VI) a glorificação de vítimas de suicídio como mártires e objetos de adoração pública pode sugerir às pessoas suscetíveis que a sociedade honra o comportamento suicida. Ao contrário, a ênfase deve ser dada ao luto pela pessoa falecida; VII) a descrição das consequências físicas de tentativas de suicídio não fatais (dano cerebral, paralisia, etc), pode funcionar como um fator de dissuasão. (OMS, 2000, p. 7-8)

Ainda nos campos midiáticos, a OMS orienta que, ao noticiar casos de suicídios, os jornalistas e quaisquer meios de comunicação que visam informar o grande público devem divulgar informações extras, tais como: listas de serviços de saúde mental disponíveis no Brasil e na

cidade em que está sendo noticiado o caso; lista com sinais de alerta de tendência suicida e suicídio relacionado à depressão – esclarecimentos de que é uma condição tratável; expressões de empatia aos familiares das vítimas.

1.2 SUICÍDIO NO BRASIL

Segundo a World Health Organization (2014), em 2012, mundialmente houveram aproximadamente 804.000 mortes por suicídio, apresentando taxa referente à 11,04 por 100.000 habitantes (15,0 para homens e 8,0 para mulheres). Estima-se ainda que haja um aumento de 20% em cima do número absoluto de mortes por suicídio, visto que, em diversos países, há a subnotificação dos dados, como por exemplo, suicídios intencionalmente provocados são classificados como acidentes ou outras causas de morte. Em alguns países há investigação sobre a causa da morte do indivíduo que supostamente tirou sua própria vida, em outros países, já não existe este cuidado. É um registro complexo onde envolve diversas autoridades e também aplicação de leis. Em países desenvolvidos, a relação de mortes por suicídio entre homens e mulheres se dá em 3 para 1, enquanto em países de baixa renda a relação é de 1,5 homens para 1 mulher. Mundialmente, 50% das mortes violentas são por suicídio em homens e 71% em mulheres. Em relação a faixa etária, as taxas de suicídio são mais altas em indivíduos com 70 anos ou mais em todas as regiões do mundo e para ambos os sexos. Porém, em alguns países, estima-se que as taxas de suicídio estejam crescendo entre jovens entre 15 e 29 anos de idade, sendo a segunda principal causa de morte. Entre os métodos mais comuns de suicídio estão, em primeiro lugar a ingestão de pesticidas seguido por enforcamento e armas de fogo, mas também há outros métodos de escolha de acordo com a região e o grupo populacional.

Considerado um grave problema de saúde pública segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde em 2017, analisados entre 2011 e 2016 no Brasil, por ano, em média 11 mil pessoas tiram a própria vida. Em 2015, a taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes foi de 5,7 com número de óbitos equivalente a 11.736.

Sendo a quarta maior causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos; a oitava maior causa entre mulheres de 15 a 29 anos (2,4) e a terceira maior causa entre homens de 15 a 29 anos (9,0). De 2011 a 2016, houveram 48.204 tentativas de suicídio, sendo 69% entre as mulheres e 31% entre os homens. Embora as tentativas de suicídio

sejam mais elevadas entre as mulheres, os que concretizam de fato o ato, são os homens somando um total de 79% e as mulheres 21%, gerando um total de 62.804 mortes por suicídio. Os principais meios utilizados nas tentativas de suicídio são envenenamento e intoxicação com 57,6%, objetos perfuro-cortante 6,5% e por último, enforcamento com 5,8%, das 62.804 mortes por suicídio de 2011 a 2016. Para obtenção do ato, o meio utilizado predomina o enforcamento entre homens com 66,1% e entre mulheres com 47%, em segundo lugar intoxicação exógena, com 13,9% para homens e, sendo maior entre as mulheres, 31,2%. Neste período, o Brasil apresentou média de 5,5 (taxa por 100 mil habitantes), onde a taxa de mortalidade entre homens é de 8,7 (3,6 vezes maior que a média) e a taxa de mortalidade entre mulheres é de 2,4. A mortalidade por suicídio predomina entre idosos (70 anos ou mais) com taxa de 8,9 por 100 mil habitantes.

Entre as raças, a média para branca é de 5,9 sendo 9,5 para homens e 2,7 para mulheres; a média para negra (preta e parda) é de 4,7, sendo 7,6 para homens e 1,9 para mulheres; para a raça amarela, média de 2,4, sendo 3,8 para homens e 1,2 para mulheres e, por último, as maiores taxas acontecem entre indígenas, com média de 15,2, sendo 23,1 para homens e 7,7 para mulheres.

Segundo a situação conjugal dos indivíduos, 60,4% das mortes por suicídio ocorrem entre solteiros, viúvos e divorciados e os outros 31,5% das mortes ocorrem entre casado ou com união estável. No Brasil, 23% dos suicídios estão concentrados na região Sul, que representa 14% da população brasileira, enquanto a região Sudeste concentra 42% da população, apresenta 38% dos suicídios.

Ao realizar uma análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006, Lovisi et al. (2009) concluíram que os homens são aqueles que possuem maior probabilidade de cometer suicídio, em todas as regiões, particularmente na região Sul (11,7 mortes/100.000 habitantes). Apontam a região Sul e a região Centro-oeste com índices mais altos no Brasil, 9,3 e 6,1 respectivamente. Os índices de suicídio mais alto se encontram entre 70 anos ou mais e o maior aumento dos índices ocorrem entre 20 e 59 anos. Tendo enforcamento, armas de fogo e envenenamento como métodos mais comuns de suicídio, baixo nível educacional e estado civil solteiro são as principais características sociodemográficas dos suicidas analisados neste período.

O suicídio, tema clássico dentro das ciências sociais, por vezes é ignorado como objeto de estudo de sociólogos e demais pesquisadores das ciências humanas, sendo abordado muito mais nas áreas médicas e no campo da psicologia. Estudado por um dos autores clássicos da

sociologia, Émile Durkheim (1858-1917), não aparenta ser um tema que desperte a atenção dos sociólogos, cientistas políticos e antropólogos, segundo Almeida et. al (2015) isso acontece devido à complexidade epistemológica inerente à essa temática, a qual exige uma arquitetura metodológica multidisciplinar, desafiadora de paradigmas.

Há certo consenso dos pesquisadores da área em reafirmar alguns aspectos da interpretação durkheimiana sobre as causas dos suicídios. É através de *O Suicídio*, 1897, de Durkheim (1858-1917) que daremos início a esta pesquisa. Em sua célebre obra, percebeu em suas pesquisas sobre os dados de óbitos de alguns países europeus podiam ser relacionados à algumas variáveis específicas. Este pensador, muitas vezes é tido como pai do método sociológico devido a sua tentativa de postular o estudo da sociedade enquanto ciência objetiva.

2 ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE O SUICÍDIO

2.1 OS CLÁSSICOS: MARX E DURKHEIM

Meio século antes de Émile Durkheim (1858-1917) publicar a sua clássica obra *O Suicídio* (1897), Karl Marx (1818-1883) havia publicado o seu ensaio *Sobre o Suicídio*¹(1846), o qual fora publicado originalmente ao *Gasellschaftsspiegel*, Órgão de Representação das Classes Populares e de Análise da Situação Atual 2 (ano II, número VII, Elbereldt, janeiro de 1846) e que não obteve tanta repercussão se comparado aos outros títulos do autor.

Neste estudo, Marx apropria-se de excertos das memórias (*Memóires tirés des archives de la police de Paris*, 1838) de Jacques Peuchet (1758-1830), um monarquista, estatístico, adepto do funcionalismo público e ex-arquivista policial francês. Durante o período em que trabalhou como arquivista policial em delegacias, intrigou-se com os inúmeros casos de suicídios em Paris e que o levou a analisá-los em um capítulo inteiro, “*Du suicide et des ses causes*”, buscando entender quais eram as indignas causas do suicídio na sociedade da época, abordando temas como a família e o patriarcado, a escravidão e o aborto.

Não se trata de uma peça escrita pelo próprio Marx, mas composta, em grande parte, de excertos, traduzidos o alemão, de outro autor. Marx tinha o hábito de preencher seus cadernos de notas com excertos desse tipo, mas jamais os publicou, e menos ainda sob sua própria assinatura [...] mas a principal razão pela qual essa peça pode ser considerada expressão das ideias de Marx é que ele não introduz qualquer distinção entre seus próprios comentários e os excertos de Peuchet, de modo que o conjunto de documento aparece como um escrito homogêneo, assinado por Karl Marx. (LÖWY, 2006, p. 13-14)

O suicídio, para ambos os autores, é a principal consequência dos males de uma sociedade burguesa, a qual exige uma brusca transformação no cerne de sua estrutura social e econômica. Abalando todas as camadas sociais, uns cometem o suicídio mesmo sendo

¹ Peuchet: vom Selbstmord (1846)

favorecidos financeiramente, outros, por sua vez, este condicionante é a sua causa principal. Para além do aspecto financeiro, o que os une são aspectos morais não resolvidos. O adoecimento da economia (salários baixos, miséria, desemprego, etc.) e as injustiças sociais em meio a uma sociedade capitalista aumentam as taxas de suicídio, invadindo a vida privada de indivíduos. Durante o cargo administrativo da polícia, Peuchet buscou saber se entre as causas determinantes do suicídio poderia encontrar moderações ou prevenções, mas durante suas Memórias e as anotações de Marx, não há nenhum relato de prevenções de suicídio.

Peuchet, ao analisar os dados por ele levantados, conclui que há uma grande diferença entre os números de suicídio para homens e mulheres, onde os números para os suicídios masculinos eram o dobro se comparados aos números para os suicídios femininos, tendo o afogamento como característica mais comum para a consumação do ato. Os autores exemplificam quatro grandes tragédias suicidógenas, explicando-as através da opressão do patriarcado e da tirania familiar e a escravidão, tendo os maus-tratos como fator dominante. Embora Peuchet tenha identificado que os maiores números de suicídio se encontram no sexo masculino, Marx, ao apropriar-se de tais achados, nos mostra que os conceitos abandonados sobre a feminilidade cada vez mais ofendem os seus hábitos. Dentre as quatro tragédias analisadas por Peuchet e Marx, três foram cometidas por mulheres.

O primeiro caso ocorreu em julho de 1816, a jovem costureira, filha de um alfaiate, casa-se com um açougueiro financeiramente resolvido. Na noite que antecedeu o casamento, ao invés de a família da noiva comparecer ao jantar, somente a noiva compareceu e após a ceia, noiva e noivo passaram a noite juntos. A jovem, que deveria ter retornado à sua casa ainda na mesma noite, volta só na manhã seguinte para a casa dos pais. Os pais, ao verem que a filha havia acabado de chegar, xingam-na para toda a vizinhança ouvir. Tomada pela vergonha, jogou-se às margens do rio Sena, tirando sua própria vida, devido à humilhação causada pelos próprios pais. O segundo caso, também em 1816, foi o de outra jovem, casada, inicialmente, com um *bon vivant* orgulhoso de sua aparência e conquistas. Conforme os dias passaram, o marido passou a apresentar algum tipo de doença, um mal desconhecido naquela época: sem cabelos, magro, com rugas e postura já não mais ereta, mas, devido ao seu amor próprio, vivia a negar sua aparência. Desse modo, o homem fora tomado pelo ciúme e loucura, proibindo sua esposa do convívio social, fez com que a mesma tirasse a sua própria vida: atirou-se às águas límpidas de Martinica. O terceiro caso, sem

mais detalhes, um jovem americano suicidou-se por não ter trabalho. No quarto e último caso é o de uma mulher, que após engravidar de um homem casado, não vê outra solução senão tirar a sua vida e a da criança também. Desonrada e amedrontada pela opinião de sua comunidade e principalmente de sua família, tira duas vidas em um afogamento (MARX, 2006).

A crítica realizada pelos autores então, remete muito mais a uma crítica social e de suas épocas do que uma crítica à opressão familiar e à sociedade machista. Uma crítica e preocupação em relação à sociedade moderna, das relações da vida privada, antes de qualquer preocupação com o suicídio propriamente dito. “A classificação das diferentes causas do suicídio deveria ser a classificação dos próprios defeitos de nossa sociedade” (MARX, 2006, p. 44). Ainda segundo Marx (2006), consequentemente, o suicídio seria o último e melhor recurso contra as desgraças da vida privada.

Émile Durkheim (2014, p. 16) em finais do século XIX, definiu o suicídio como, “Todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima, e que ela sabia que produziria esse resultado”.

Ao analisar o suicídio como um fato social e não como um fenômeno psicológico, percebeu em suas pesquisas sobre os dados de óbitos de alguns países europeus podiam ser relacionadas a algumas variáveis específicas. Este pensador, muitas vezes é tido como pai do método sociológico devido a sua tentativa de postular o estudo da sociedade enquanto ciência objetiva. De acordo com o sociólogo, dentro de cada grupo de indivíduos, há a predisposição para um certo número de mortes espontâneas (DURKHEIM, 2014). O objeto de estudo sociológico em relação ao suicídio não seriam fatores agentes sobre determinados indivíduos, mas sim sobre um grupo ao todo. Seria o próprio estudo, uma análise de todos os fatores e processos sociais agentes sobre uma determinada sociedade.

Vulgarmente, o suicídio é, antes de tudo, o ato de desespero de um homem que já não quer mais viver. Durkheim (2014) não nega a importância da psicologia nesses casos, uma vez que ele não investiga os motivos pessoais do indivíduo em particular, ele consegue ver esse ato sob outro aspecto: ao invés de ver neles apenas ocorrências particulares isoladas umas das outras, ele considera o conjunto dos suicídios cometidos em dada sociedade durante determinado período de tempo, e o total assim obtido não é uma simples soma das partes, mas constitui por si mesmo um fato social.

Em sua obra, levantou dados de 26 mil casos de suicídios na Europa e através do método estatístico comparativo, pôde chegar à possíveis explicações. Com isso, ele percebeu que cada sociedade tem, em cada momento de sua história, uma predisposição maior ou menor para o suicídio, mas esse fato é observado ao mesmo tempo em todos os povos conhecidos, assim como o crime. Ele levantou dados estatísticos de diversos países europeus para poder provar a sua tese de que esse ato, além de ser pessoal e individual, é também um fato social. Tentou mostrar que mudando certos padrões e normas sociais de comportamento impostas, pudesse de alguma forma diminuir essas estatísticas.

Não se pode falar em suicídio, se não levar em consideração o meio em que vive o indivíduo, independente do meio social no qual está inserido. Uma sociedade x terá sua taxa x , enquanto a sociedade y terá sua taxa y . A sociedade engloba todos os fatores benéficos para a consumação do ato, e para poder haver um índice menor ou maior nas estatísticas, somente com uma mudança drástica em todo o corpo social, possibilitando assim, um desenvolvimento total em todas as áreas que estão em déficit social. Após confrontar inúmeros dados, Durkheim (2014) conclui que as causas sociais, sem sombra de dúvidas, exercem um poder quase que direto no plano do inconsciente coletivo, ressaltando o poder religioso como engrossador dos índices.

[...] há, para cada grupo social, uma tendência específica ao suicídio que não se explica nem pela constituição orgânico-psíquica dos indivíduos nem pela natureza do meio físico. Disso, resulta, por eliminação, que ela deve necessariamente depender de causas sociais e constituir, por si mesma, um fenômeno coletivo; até mesmo alguns fatos que examinamos, sobretudo, as variações geográficas e sazonais do suicídio, levaram-nos expressamente a essa conclusão. (DURKHEIM, 2014, p. 133)

Partindo do meio religioso, o homem se mata porque a sociedade religiosa em que convive, perdeu a coesão, enumerando então os cultos mais pragmáticos, entre eles o catolicismo, protestantismo e por fim, o judaísmo. No caso do catolicismo com seus dogmas e doutrinas rígidos e autoritários, limita os fiéis a seguirem uma linha harmônica e lacônica. Já no protestantismo, segundo Durkheim (2014), o que possui maior número de suicídios, deixa um pouco de lado o autoritarismo religioso,

levando o crente a um patamar livre de dogmas passados pela bíblia. Tornando-os menos integradores, fazendo com que os vínculos dos crentes sejam menores. Por fim, os judeus como um povo forte e solidário, também apresenta sua relação com o suicídio. Para Durkheim (2014), parte do judaísmo todos os dogmas que consolidarão toda a sua existência, sem terem sofrido grande impacto científico devido a sua tradição consolidada.

A teoria durkheimiana é encaminhada por vários níveis para podermos chegar a um denominador comum sobre este assunto tão velado. Depois de analisar os princípios religiosos relacionados às taxas suicidógenas, Durkheim (2014) leva por vários caminhos o possível entendimento sobre um ato que em muitas sociedades pode ser considerado inapropriado ou quiçá uma fuga estratégica para libertação do indivíduo que o comete. Considera o suicídio como uma doença de época, tendo a anomia como a causa principal. A anomia como ausência de regras, aparece como fator determinante à prática do suicídio, levando à um cenário ao qual o indivíduo não encontra restrições tanto na vida pessoal, como na vida em sociedade.

Também aponta as crises econômicas como um acelerador das práticas de suicídio. Isso acontece porque o indivíduo se sente incapaz de superar a crise econômica de sua época, tendo como consequência uma agressão maior em sua vida.

Aborda também a influência do casamento sob as taxas suicidógenas. O casamento resguarda o homem em diversos aspectos dentro da sociedade. Ao romper um relacionamento, ao invés do que se espera, o sexo frágil se revela: o homem torna-se candidato às estatísticas, transformando-se em um alvo perfeito para o ato, envaidecendo as mulheres, as quais apresentam menores taxas suicidógenas quando comparadas às masculinas.

Após apontar as causas de suicídio, Durkheim (2014) apresenta três diferentes tipos de suicídio que andam junto com a integração do indivíduo para com a sociedade: o suicídio egoísta, suicídio altruísta e por fim, o suicídio anômico.

O primeiro, suicídio egoísta, o autor analisa do ponto de vista da sociedade política e família. Após um longo ensaio, de taxas e do corpo que a família representa, Durkheim (2014) frisa que o estado civil não é a causa em si do suicídio, mas que sua análise visava qual a influência do estado civil no ato. E sua conclusão se pauta que a família como sociedade que perdeu a coesão, faz com que o indivíduo se volte apenas para seus interesses causando um individualismo excessivo. Quanto

mais integrada for a sociedade, mais dependente dela o indivíduo fica. Portanto quando ela perde a coesão para um elemento falta a este uma razão para suportar as agruras da existência.

O segundo, suicídio altruísta, é apontado por Durkheim (2014) como um dever, em determinadas sociedades. Ao contrário do suicídio egoísta onde a sociedade é fraca e tem pouca interação, neste a sociedade é fortemente integrada e exerce uma coerção sobre o indivíduo a cumprir sacrifícios. A personalidade coletiva sobrepõe a personalidade individual, é preciso que a segunda tenha pouca importância, pois ao começar a se constituir, o direito de viver é o primeiro que se reconhece. Alguns exemplos de sociedades em que morrer de velhice é uma desonra, mulheres têm de se sacrificar com a morte do marido, servidores também cometem suicídio com a morte de seu chefe foram dados para ilustrar o suicídio altruísta obrigatório. Mas há aqueles que se aniquilam em busca de um nirvana, uma ascensão espiritual, cuja felicidade não está em viver nesta vida, esses se encaixam no suicídio altruísta facultativo, uma forma de suicídio em que os fins sociais influenciam, porém não são tão impositivos.

Por fim, o suicídio anômico é caracterizado por Durkheim (2014) como uma relação causal das taxas de suicídio. Fica presumido que não é a miséria que influencia o suicídio, não é pelo empobrecimento causado por uma crise industrial ou financeira, é por serem perturbações da ordem coletiva. Há nos homens apetites, necessidades – mais que físicas, morais – ao qual ele tenta transpor constantemente. Mas é preciso controlar esses apetites, limitá-los para só assim serem satisfeitos. Do contrário, essas paixões ilimitadas, em sua busca por algo inacessível culminaria em um estado eterno de descontentamento. É a partir daí que a sociedade entra como uma força reguladora externa ao indivíduo. Pelo fato de haver uma hierarquia das funções segundo Durkheim (2014), a ordem das funções muda bruscamente deixando os indivíduos confusos com a nova situação. Sendo a sociedade perturbada por uma crise favorável ou não, ela fica provisoriamente incapaz de exercer seu papel regulador. Portanto, a anomia pode ser considerada um estado crônico no mundo comercial e industrial. Uma vez que se tem como principal objetivo prosperar sempre.

2.2 ABORDAGENS CONTEMPORÂNEAS: ELIAS E RODRIGUES

Embora o suicídio não tenha sido o tema central de Norbert Elias, esse autor (1897 – 1990), sociólogo alemão, em seu ensaio *A solidão dos Moribundos* publicado originalmente em alemão em 1982, discute

sobre a morte, o ato de morrer e o fato de ser tratado como tabu nas sociedades modernas, embora seja hoje considerada higiênica – no sentido de poder morrer em um hospital, uma morte “limpa”. Abordando também a própria solidão dos moribundos e, muitas vezes, a negação da morte por parte dos indivíduos. Ou seja, embora não tratando especificamente sobre suicídio, Elias traz reflexões que podem ser utilizadas para refletir o suicídio dos idosos.

Segundo Elias (2001), a morte manifesta um problema social, de modo que, para os vivos é extremamente difícil reconhecer-se com os ditos moribundos. Busca-se afastar a ideia de morte, afastando-a de nós, a ponto de acreditar que somos de fato imortais: tu morres, ele morre, eu não. Sendo a morte um problema somente dos vivos, somente os seres humanos são capazes de reconhecer que um dia morrerão, ainda que neguem este fato.

Para o autor, o evento morte não é mais frequente pois buscamos adiar a morte, sendo assim, considera a morte “recalcada”. Como um “recalcamento” tanto no âmbito social como no individual. Para o indivíduo, está relacionado aos mecanismos psicológicos de defesa oriundos de experiências traumáticas durante a infância que, de maneira indireta e dissimulada, exercem certa influência nos sentimentos e comportamento dos indivíduos, mas que permanecem ocultos na memória durante a vida adulta. No que tange a um “recalcamento” social, Elias (2001, p. 18) aponta que é uma característica do estímulo civilizador,

[...] todos os aspectos elementares e animais da vida humana, que quase sem o próprio indivíduo, são regulados de maneira mais equilibrada, mais inescapável e mais diferenciada que antes pelas regras sociais e também pela consciência. De acordo com as novas relações de poder, associam-se a sentimentos de vergonha, repugnância ou embaraço e, em certos casos, especialmente durante o grande impulso europeu de civilização, são banidos para os bastidores ou pelo menos removidos da vida social pública.

Elias (2001) aponta que tanto a sexualidade como a morte são vistos como tabu mas que são fatores biológicos caracterizados pela experiência e pelo comportamento social, ou seja, em relação ao estágio atingido pelo progresso da humanidade e da civilização como perspectiva desse desenvolvimento. Apresenta algumas características

peculiares das sociedades contemporâneas e das estruturas de personalidade associadas a ela, que são responsáveis pela particularidade da imagem da morte e pela natureza e recalçamento da morte nessas sociedades mais desenvolvidas. A primeira tange ao aumento da vida individual nessas sociedades. Numa sociedade com alta expectativa de vida, a ideia de morte é mais longínqua se comparada à uma sociedade com baixa expectativa de vida. Na primeira, há uma repulsa ao risco de morte, mas pode ser esquecido por ora, diferente da sociedade com baixa expectativa de vida, onde existe maior incerteza em relação à morte. A segunda característica é em relação à experiência da morte como ponto final do processo natural da vida, tal experiência adquiriu valor pelo avanço da ciência médica e medidas de avanço nas práticas higiênicas.

A imagem da morte que prevalece nas sociedades mais desenvolvidas é fortemente influenciada por esse conhecimento reconfortante. As pessoas sabem que a morte chegará; mas saber que ela é o fim de um processo natural ajuda a aliviar a angústia. O conhecimento da implacabilidade dos processos naturais é aliviado pelo conhecimento de que, dentro de certos limites, eles são controláveis [...] A constatação de que a morte é inevitável está encoberta pelo empenho em adiá-la mais e mais com a ajuda da medicina e da previdência, e pela esperança de que isso talvez funcione (ELIAS, 2001, p. 56)

A terceira característica diz respeito à traços comuns da imagem de morte e de atitudes a ela relacionadas. Os indivíduos que compõem essas sociedades enxergam a morte de maneira singular: ao imaginar o processo, inicialmente visualizam primeiro uma morte tranquila em um leito, oriundo de algum tipo de doença ou velhice - esse retrato da morte que dá ênfase ao caráter natural do processo aparece como normal (ELIAS, 2001, p. 57), enquanto uma morte violenta, pelo outro, é vista como um ato criminoso. A quarta e última característica em relação às sociedades contemporâneas e suas visões de morte está relacionada ao alto nível de individualização de seus indivíduos. Em sociedades mais desenvolvidas, os indivíduos se veem como seres extremamente independentes e autossuficientes isolados do mundo externo – os outros.

Esse modo específico de experimentar a si mesmo, a autoimagem do *homo clausus* característica de um estágio recente da civilização, está intimamente ligado a um modo igualmente específico de experimentar, como antecipação da nossa própria morte e provavelmente na situação real, nosso próprio ato de morrer. (ELIAS, 2001, p. 61)

A partir da individualização dos indivíduos, o autor debate questões sobre “sentido”. Espera-se que cada indivíduo tenha um sentido e a falta de sentido da existência humana é lamentada quando ele não é descoberto (ELIAS, 2001, p. 63). Porém, o conceito de sentido definido por Elias não deve ser entendido de modo isolado a cada ser humano e sim entendido a partir de um grupo de indivíduos dependentes de alguma forma e que se comunicam entre si. Para Elias (2001, p. 66), o “sentido” é tratado como mensageiro do “mundo íntimo” de um indivíduo enclausurado. O alto grau de individualização resulta em, segundo Elias (2001), em solidão e isolamento emocional que são aspectos característicos da nova estrutura de personalidade da nossa sociedade.

O sociólogo aponta que o conceito de solidão pode ser interpretado a partir de diversos pontos: primeiro, aqueles que foram feridos no amor muito cedo, mais tarde dificilmente poderão reviver tal experiência sem viver a mesma dor – indivíduos que passam por essa situação, involuntariamente, ocultarão seus sentimentos em relação aos outros; segundo, de modo social, quando um indivíduo vive em um lugar onde não encontra a mesma categoria de pessoa que desejara encontrar. Em ambos os casos, esses indivíduos podem conviver com outras pessoas, mas não há uma significação afetiva para tal convivência. Morrer, para Elias (2001), é um ato de violência. Morrer isolado é uma das maneiras mais corriqueiras de o indivíduo expressar sua individualização e autonomia, separado e independente do outro. A ideia de nossa própria morte, segundo Elias (2001), está intrinsecamente ligada à nossa própria imagem, vida e natureza de vida.

Elias (2001) afirma que, deveríamos falar mais abertamente sobre a morte, pois a morte, segundo o autor, não tem segredos e não abre portas, é somente o fim de um indivíduo. Esses aspectos relacionados à nossa sociedade e a individualização do sujeito definidos por Elias (2001) serão extremamente importantes para tentar entender, hoje, no século XXI, por qual motivo os indivíduos tiram suas próprias vidas.

Distanciando-se do ponto de vista durkheimiano, o antropólogo José Carlos Rodrigues publicou pela primeira vez em 1983, inicialmente como sua tese de doutorado, o *Tabu da Morte*. Em sua obra, Rodrigues (2006) visa retomar diversos trabalhos sobre morte ofertados por cientistas sociais, buscando compreender nossas representações e visões da morte. Separando a obra em três partes, o autor dá início apresentando um viés antropológico, abordando práticas e crenças funerárias que são realizadas em diversas culturas focando em temas como concepções, ritos e processos sociais, dentre eles, reprodução social, circulação de bens, poder, consciência, etc. Na segunda parte, apresenta estudos acerca dos processos históricos da nossa visão de morte, das transformações ideológicas que, através das modificações das organizações econômicas, resultaram os sistemas de pensamentos, sentimentos e comportamentos que fazem nossa sociedade ser como é. Expõe o início da noção de biografia individual, o indivíduo e o individualismo, separação entre corpo e alma com a modificação do corpo em objeto, o surgimento de ideias ditas científicas, ideias higiênicas e o conceito de ‘morte natural’. Por fim, a última parte de sua obra visa agregar as duas primeiras partes com a intenção de elucidar o sentido social e político do silêncio que a sociedade industrial aborda a morte, associando o dito silêncio industrial com outras visões de morte nessa sociedade (ecocídio, genocídio, etnocídio, etc), apresentando-o como uma característica imaterial do poder exercido nessas sociedades e como estrada para construção e entendimento da morte ou da “Morte”. A proposta da análise bibliográfica de Rodrigues (2006) para o presente estudo é apresentar as noções de como dialogamos com a morte em sociedade e como desenvolvemos – ou não – uma consciência de morte; noções acerca do indivíduo e do individualismo criado por cada um; a morte na mídia; os tipos de morte e, principalmente, a morte por suicídio; morte e poder e o poder da morte.

Rodrigues, em sua obra, afirma que a consciência da morte é uma característica única e exclusivamente humana, onde o homem “sabe” que sua estadia em Terra é momentânea, “toda existência terrestre é finita” (RODRIGUES, 2006, p. 26). Em relação aos tipos de morte, no Brasil, uma pessoa pode morrer de ‘morte morrida’, morrer ‘de velhice’, de ‘morte matada’, de ‘morte violenta’ e cada uma delas provoca, nos sobreviventes, uma reação emocional peculiar. Morte morrida significa que não há um culpado, o indivíduo chegou ao fim de sua existência devido a fatores biológicos, sem que uma doença particular possa ser responsabilizada. O autor dá exemplos, tais como, ‘morreu de enfarte’, de ‘nó-nas-tripas’, de ‘fraqueza’, de ‘desgosto’. Morrer de velhice,

segundo o autor, é a mais típica ocorrência de ‘morte morrida’. Aquela que lentamente se aproxima do fim, sem envolver acidentes, agressões ou demais alterações do processo normal da vida. Morte ‘morrida’ e morte por ‘velhice’, confirmam, segundo Rodrigues (2006), talvez o que a cultura brasileira tradicional chama de ‘morte natural’. Morte matada, morte súbita ou, do contrário, morte agônica, é aquela onde há um responsável, tais como, suicídio, acidentes, assassinatos, etc. Deste modo, existe uma preocupação de nossa sociedade em afastar a morte, evidenciando o fato de que o desaparecimento social desses indivíduos supõe uma consciência realista em relação ao distanciamento da morte. Assim, é responsabilidade das sociedades assumirem atitudes estáveis diante da morte de seus integrantes, atitudes estas que visam um tipo e rotinização da morte, a inserindo nas expectativas de seus indivíduos.

Não basta à sociedade produzir explicações e tabus que afastem a morte: é preciso ainda que ela tome decisões efetivas para assegurar sua continuidade ‘contra’ e ‘através’ do desaparecimento de seus membros. É preciso que as gerações se sucedam e que a cultura as una: a iniciação dos mortos na aldeia do além é também iniciação dos vivos na sociedade do aqui. Neutralizar a morte é necessário, mas ainda não suficiente: falta compensar a perda dos mortos, reorganizar as relações sociais de sexo, parentesco, idade, propriedade, direitos, obrigações... Os aparelhos sociais devem se armar para responder à terrível ameaça de aniquilamento presente no vazio interacional que o descomparecimento dos indivíduos deixa: ‘buraco negro’ que é ainda mais morte que o cadáver – porque, se o cadáver é antívida (mas ainda vida), a ausência é mais verossímil metáfora do nada (RODRIGUES, 2006, p. 67)

Ao abordar a morte como comunicação, Rodrigues (2006) afirma que, a sociedade é um sistema de comunicação, de modo que, se uma peça deste tabuleiro é perdida, todo o jogo corre risco. A morte de um indivíduo não é um episódio isolado de toda a sociedade, mas representa todas as relações internas que esse indivíduo teve durante sua vida, tais como, amizades e inimizades, filiação, casamento, paternidade, posses, etc. Com a morte de um único indivíduo, essas relações que formam o

tecido social, podem estar fadadas ao fracasso ou são de fato o próprio fracasso, apresentando assim, uma hipertensificação das relações sociais. Assim, diante da morte de ‘si’ e da intimidação da morte do ‘nós’ que se pode ver na morte do ‘outro’, a palavra de ordem de nossa sociedade é a união (RODRIGUES, 2006, p. 83) Nossa sociedade é um sistema de comunicação e significação e, como sistema, mantém demandas coercitivas que pretendem manter a regulamentação das coisas, visando a organização de pensamentos, sentimentos e comportamentos de seus integrantes. Tais demandas e regras são fadadas de poder, de modo que, sem poder, não seriam regras, consequentemente a sociedade não seria sistemática. Assim Rodrigues (2006) afasta a ideia de uma ‘morte do poder’ e passa a tratar da ideia de ‘poder da morte’.

Para o autor, a ideia de ‘poder’ da morte é uma provocação que a própria morte apresenta aos sistemas de classificação e que este ‘poder’ é o resultado que a morte tem em cada sociedade. Ao invés de dizer que a morte possui algum poder, Rodrigues (2006) diz que, a morte possui *mana*, ou seja, “uma capacidade geral de produzir efeitos no nível da sociedade e de seus sistemas simbólicos” (RODRIGUES, 2006, p. 87). Ao invés de afirmar que a morte tem poder, Rodrigues (2006) aponta que ela tem *mana*, de modo que, ao observar um cadáver, desviamos o olhar rapidamente, cobrimos os olhos, ou até mesmo desmaiamos. “A morte é temível porque a tememos, e tememos a morte porque ela é temível. Os mitos e ritos criam os perigos contra os quais nos protegem” (RODRIGUES, 2006, p. 87). Existe também uma apropriação da morte pelo poder, como por exemplo, nos ritos de passagem: a sociedade como sistema de posições – a morte simbólica de uma posição antiga para uma nova posição. E é a partir daqui que Rodrigues aborda o suicídio. No suicida, a sensação de poder nasce devido à uma expressão de liberdade humana, porém, nenhum tipo de poder reconhece a liberdade de suicídio. Para o autor, os suicídios são

[...] uma tentativa mais ou menos institucionalizada, segundo as culturas, de solucionar situações contraditórias que estas culturas oferecem a seus membros. Recurso tipicamente humano, que não se pode encontrar nem entre os animais, nem entre os homens destituídos de toda forma de consciência, nem entre as crianças muito novas, o suicídio está constantemente disponível aos seres humanos:

contrapoder, a desafiar o poder (RODRIGUES, 2006, p. 95)

Afirma que a morte deve ser controlada por um poder e, conseqüentemente, ditada por uma autoridade. O autor apresenta algumas visões acerca do suicídio em determinadas culturas – há aquelas que cultuam o suicídio como uma saída honrosa e outras que o condenam. Por exemplo, àqueles condenados à morte são proibidos de se suicidarem e, do oposto, são condenados à morte àqueles que tentaram suicidar-se e falharam. Estes ditos fracassados por não conseguirem tirar suas próprias vidas, eram condenados pelo poder católico: atiravam-nos nos porões, mutilavam-lhe as mãos e confiscavam-lhe seus bens.

Na Idade Média, ela permitia a mutilação do corpo do suicida, a confiscação de seus bens em favor do senhor, a privação de sepultura em terra consagrada e a recusa de preces em sua intenção. O suicídio, na França, foi considerado um crime até depois da Revolução. Na Inglaterra, a legislação previa uma condenação posterior: o corpo era exposto, pendurado em uma estaca na rua principal, as propriedades do suicida eram confiscadas, sua memória tornada indigna, seus cúmplices eventuais condenados por assassinato... até 3 de agosto e 1961 quando esta lei foi revogada e os envolvidos em uma tentativa de suicídio passaram a ser passíveis de até 14 anos de prisão (RODRIGUES, 2006, p. 94)

Em relação às sociedades que admiravam os suicidas, Rodrigues aponta o caso de Roma, onde o suicídio era visto como privilégio das elites, visando preservar o resto de suas dignidades ou como no caso do Ocidente capitalista que se suicidavam os que tinham dívidas ou com o intuito de conservar a honra. Já algumas sociedades apresentam o suicídio como algo natural, intrínseco de suas culturas: Tikopia, Trobriand, Japão e China, apresentados pelo autor:

Em Tikopia, o marido se mata eventualmente se sua mulher se recusar a permanecer no domicílio conjugal; a mulher pode se matar em caso de infidelidade, uma mulher solteira grávida se o amante se recusar a desposá-la. Em Trobriand, por

causa da revelação pública de transgressões das regras de exogamia e por causa de adultério; os *navajo* e os *mataco*, por ciúme e querelas conjugais; entre os *chuckchee*, que praticam a comunidade de mulheres com os amigos, estas podem se matar se não estiverem de acordo com o parceiro que lhes for imposto [...] Na China, a mulher, inteiramente subordinada à sogra e não podendo divorciar-se, via-se diante de duas opções em caso de conflito grave: fugir para a cidade ou suicidar-se (RODRIGUES, 2006, p. 95-96)

Como métodos, nessas sociedades, o autor apresenta o seguinte relato:

Em Trobriand conhecem-se dois métodos básicos de suicídio: o envenenamento e o *lo'u* (jogar-se do alto de um coqueiro). Em Tikopia, as mulheres jovens se jogam na água durante a noite em região infestada de tubarões, os homens jovens pegam uma canoa e ganham o alto-mar e os adultos se enforcam. No Japão, os aristocratas praticavam o *seppuku*, espécie de *haraquiri* que aprendiam desde a infância, cujo gesto sabiam realizar com extraordinária precisão; os subalternos tinham a cabeça cortada por um auxiliar de suicídio (*hatamoto*); nas camadas médias da nobreza, o indivíduo se abria o ventre com um punhal e seu melhor amigo o decapitava. As mulheres não tinham direito ao *seppuku*: abriam a jugular com um pequeno punhal que os pais lhes presenteavam por ocasião do casamento. Nos Estados Unidos, as armas de fogo são preferidas pelos homens, os venenos pelas mulheres; na França, os homens preferem se enforcar e as mulheres se afogar. [...] No Japão, se um nobre se sentisse ofendido por outro nobre poderia praticar o *harakiri* diante da porta de seu ofensor, para lavar a honra. Este último teria duas alternativas: ou se matava também ou ficava desonrado – nos dois casos, o primeiro teria atingido seu objetivo, isto é, a vingança (RODRIGUES, 2006, p. 95-96)

Embora todo tipo de suicídio apresente alguma perspectiva de poder, sendo sempre contra algo, alguém ou por alguma coisa, existe um interesse do poder pela vida dos indivíduos e também um assenhoramento de suas mortes, porém, nenhum poder assume a liberdade de suicídio. Vê nela uma afronta perigosa e intolerável: a vida e a morte do escravo pertencem ao senhor (RODRIGUES, 2006, p. 94).

Assim, o autor finaliza seu entendimento por morte e poder afirmando que, existe uma relação íntima entre morte e poder, mas essa relação não é reduzida às demandas de exercer ou controlar as maneiras de praticar a violência.

A morte não pode ser negada nem silenciada, é pública e comunitária. A morte é a forma mais barulhenta da realidade de uma sociedade, segundo Rodrigues (2006) este apontamento é contraditório.

O detestável é morrer em segredo, longe, inesperadamente, sem testemunha, sem cerimonial. Em um mundo em que a morte é familiar, é a morte silenciosa, esquiva, traiçoeira, repentina que é especialmente temível: é esta que faz medo, que é considerada monstruosa, que porta maldição; é esta que dilacera a sensibilidade dos sobreviventes, que é absurda e incompreensível; é esta que é vergonhosa e difamente — expressão da cólera divina (RODRIGUES, 2006, p. 104)

Assim, afirma que a morte dita natural não existe na maioria das sociedades. Toda morte é pública e social, oriunda de um processo biológico, mas que manifesta-se muito mais sociologicamente. Portanto, é preciso dominar ou exorcizar a morte, somente assim poderá ser tratada como algo natural.

O autor aponta que, durante o final do século XVIII, o interesse dos médicos passa não ser mais o doente, e sim suas doenças, como estudos de caso resultantes de um estereótipo patológico. Deste modo, “a medicalização da morte e o conceito de morte natural estão estreitamente associados à emergência ao poder de uma nova classe” (RODRIGUES, 2006, p. 140). Essa nova classe são os homens ricos, que recusam qualquer tipo de morte, exceto a dita “natural”, deixando este plano com idade avançada, mas se não fosse a idade, ainda seriam válidos para a sociedade. Para estes burgueses, torna-se cada vez mais difícil a ideia de enxergar a morte e, cada vez menos, tem-se a morte como um cenário próximo. O próprio indivíduo silencia a sua morte:

mesmo doente, ele a nega e aqui, o médico apresenta importante papel, devendo comunicá-lo de sua doença, seja ela curável ou não.

Ainda no âmbito hospitalar, Rodrigues (2006) ressalta que, dentro deste ambiente que tanto cura como mata, o indivíduo perde sua individualidade e transforma-se em um número, não é mais senhor de sua morte e esta transforma-se em um fenômeno técnico: o indivíduo e sua morte são submissos às máquinas e aos médicos. A morte é vista como fenômeno técnico determinada pelos médicos a partir do momento em que os aparelhos são desligados, transformando o homem em objeto de sua própria morte. A morte, de certo modo, se transforma em uma espécie de responsabilidade técnica que nada tem a ver com o andamento autônomo do organismo. (RODRIGUES, 2006, p. 168)

Na esfera da individualidade do sujeito, segundo Morin (1970 apud RODRIGUES, 2006, p. 18), a consciência da morte está ligada à domesticação, à vida em sociedade humanamente organizada. A partir do momento em que o sujeito toma consciência de si, surge o amadurecimento da individualidade, o que o torna apto a enfrentar o poder da espécie e, deste modo, entenderá a morte como a perda de sua própria individualidade.

Não é no momento da morte que se deve pensar nela, mas a cada passo da existência individual. A boa morte passa a ser a do indivíduo que, tendo pensado durante toda a sua vida em sua morte física, soube se preparar para ela e pôde enfrentá-la tranquilamente, com a consciência leve. (RODRIGUES, 2006, p. 118)

2.3 UM OLHAR DA PSIQUIATRIA: CASSORLA

Para melhor entender o que é o suicídio e o que tange esta pesquisa, faremos uma breve análise dos estudos do psiquiatra Roosevelt M. S. Cassorla quem escreveu, inicialmente em 1992, *O que é Suicídio*. Em sua obra, o autor busca esclarecer dúvidas e, de certo modo, quebrar o tabu suicídio que permeia nossa sociedade e que pode ser interpretado através dos olhos da filosofia, sociologia, antropologia, religioso, biológico, bioquímico, histórico, econômico, estatístico, psicológico, etc., e todos esses pontos de vista se comunicam entre si. O autor deixa claro que, durante sua análise, buscou ressaltar questões relacionadas à psicanálise, devido às suas características pessoais, em

debate com aspectos socioculturais para facilitar o entendimento ao leitor.

Cassorla (2005) faz uma breve analogia entre indivíduo e sociedade em meio às sociedades suicidas. Segundo o autor, as sociedades, como os indivíduos, nascem, crescem, se desenvolvem, envolvem e morrem (CASSORLA, 2005).

Centenas de civilizações mais ou menos desenvolvidas se extinguíram. Essas sociedades, quando se estuda na história, chegaram geralmente ao ápice, depois entraram em decadência; comumente o historiador identifica os fatores de involução dentro da própria sociedade, os quais terminam por levar ao auto-extermínio ou à facilitação de conquista por outros povos. Às vezes, o agente externo é irresistível, e as forças internas têm pouca influência. Mas, quando se trata de civilizações de tecnologia equivalente, o componente autodestrutivo é evidente. (CASSORLA, 2005, p. 18)

No caso do Brasil, o autor aponta que, embora existam fatores externos relacionados à violência, existe também uma simultaneidade de elementos demasiadamente autodestrutivos, resultando no extermínio de brasileiros – o que o autor chama de suicídio parcial do país (CASSORLA, 2005, p. 18) e apresenta que esse dito suicídio parcial pode ocorrer de diversas maneiras, tais como

[...] crianças que se deixam nascer, milhões morrem de fome ou são aniquiladas por doenças causadas pela miséria; das que sobrevivem, outro tanto morre precocemente, na idade adulta e no auge de sua vida, vítimas da violência manifesta ou de outra, mais sutil, quando a sociedade não lhe proporciona condições de sobrevivência. Das que restam, a maioria são ‘mortos em vida’, indivíduos acuados, submissos, que muitas vezes só vegetam, sem instrução, sem oportunidades, e que não têm como desenvolver suas potencialidades, violentados pela própria sociedade. Estes constituem a grande parte do povo brasileiro, que, a despeito disso, produzem

as riquezas do país, mas delas não podem usufruir.
(CASSORLA, 2005, p. 19)

Desenvolveu-se, segundo Cassorla (2005), cultura do “jeitinho brasileiro”, uma mistura de hipocrisia, vigarismo, dominação dos poderosos e oportunismo, que resulta em uma instituição nacional. A consciência que parte dos brasileiros poderia vir a ter, é suicidada por um sistema educativo que nos aliena, por uma cultura consumista e oportunista, por uma tendência à corrupção e à deslealdade, pelo não acesso à informação e por um sistema judiciário que concebe novas formas de injustiças e desigualdades. O suicídio de um país, segundo o psiquiatra, ocorre “porque ele está sendo assassinado por uma parte dele mesmo, uma parte de uma sociedade mata as potencialidades de outra parte, e é o mesmo que ocorre no indivíduo suicida” (CASSORLA, 2005, p. 21).

Ao comparar o suicídio de um indivíduo com o suicídio das sociedades, Cassorla (2005) afirma que, aquele que tira sua vida, não quer obrigatoriamente matar-se, mas sim eliminar uma parte de si. Deste modo, do ponto de vista da psicanálise, tanto o indivíduo como a sociedade em si, devem neutralizar os impulsos destrutivos para que não se tornem autodestrutivos.

Estamos diante da possibilidade de um suicídio da humanidade. O indivíduo suicida ou se mata ou (geralmente com ajuda profissional) se permite pensar e controlar seus impulsos, e assim se humaniza. A humanidade, também, ou pensa e se humaniza, ou se exterminará (CASSORLA, 2005, p. 23)

Assim como Elias (2001) e Rodrigues (2006), Cassorla (2005) apresenta a sua visão de morte. Este autor questiona se os suicidas conscientes têm noção do que é a morte e se estão, de fato, em busca da morte. Segundo o psiquiatra, a maioria dos indivíduos leva a vida como se fossem eternos. Aponta que existem mecanismos mentais que nos impossibilitam reconhecermos que nossa vida tem um fim, poucos reparam que o tempo realmente passa e por isso buscam usufruir dos benefícios da vida, outros reconhecem este fato após crises, doenças ou quando estão de fato beirando a morte e então voltam a desfrutar a vida. “Muitas vezes, a percepção da finitude permite que o indivíduo possa perder ou sacrificar algo (que, então, deixa de ter tanto valor) em função

de interesses maiores, de sua família, seu grupo ou de toda a sociedade” (CASSORLA, 2005, p. 26). Então, para Cassorla (2005), o conceito de morte é a negação de algo, porém, nós apenas consideramos uma ideia de morte, mas não sabemos como ela é pois ainda não morremos. Deixando de lado o ponto de vista religioso, devemos enxergar a morte como algo que não conhecemos e que, além da religião, os indivíduos utilizam outros meios para apartar suas dores e, de modo consciente ou inconsciente, existe uma visão de “vida pós-morte”. E é neste sentido que o psiquiatra busca explicar a mente do suicida: muitas vezes o indivíduo suicida não quer a sua morte, mas ele busca em seu subconsciente uma ideia de nova vida, criado por sua própria mente. Segundo o autor, “essas fantasias comumente se encontram em camadas inconscientes do funcionamento mental, e, portanto, só podemos descobri-las por meios indiretos ou pela psicanálise” (CASSORLA, 2005, p. 32).

Tanto o desejo de matar-se não tem relação com o de morrer, que, muitas vezes, a tentativa de suicídio foi punida... com a pena de morte! [...] esse relato nos leva a um outro aspecto do suicida. O indivíduo quer morrer, mas também quer viver; ele está em conflito e, geralmente, uma ajuda ou até uma ameaça podem decidir a direção que vai ser tomada. (CASSORLA, 2005, p. 32-33)

3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS SOBRE SUICÍDIO EM SANTA CATARINA E FLORIANÓPOLIS

3.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E CULTURAIS DE FLORIANÓPOLIS

Florianópolis, capital de Santa Catarina, com área de 443,36km² e população (censo 2010) referente à 421.240 habitantes, apresenta densidade demográfica igual à 950,02 habitantes/km² (PNUD; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, IPEA, 2010). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mede o nível de desenvolvimento humano dos países e utiliza como critérios indicadores educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB *per capita*). O índice varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) a um (total desenvolvimento humano) e países que apresentam IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo, países com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano, por fim, os países com índice superior a 0,800 são considerados de alto desenvolvimento humano. Em relação ao censo de 2010, Florianópolis apresentou IDHM referente a 0,847, considerado muito alto. Segundo a classificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o município de Florianópolis está entre as regiões de alto desenvolvimento humano, ocupando a primeira posição em relação aos demais municípios catarinenses e a terceira posição em relação aos outros municípios do país (PNUD, 2010; IBGE, 2010).

Cidade turística e utópica, Florianópolis é repleta de belezas naturais. Segundo Silveira e Rodrigues (2015), a atividade turística teve seu início na década de 1980 sendo moldada por aspectos econômicos e transformando aspectos culturais e paisagísticos da cidade. O autor aponta a propagação na mídia do slogan “Ilha da Magia” e “Capital de melhor qualidade de vida do país” (SILVEIRA; RODRIGUES, 2015) que aumentou a movimentação turística e migratória que acarretou em

fragmentação da expansão urbana do centro da cidade para os balneários, ampliando a demanda por infraestrutura; provocando a descaracterização da paisagem; a deterioração das praias; a especulação imobiliária; o deslocamento de populações tradicionais de seus territórios; e a intervenção funcional da legislação urbana, por

meio de novas formas de ocupação e uso do solo urbano (CECCA, 1997; SUGAI, 2002; SANTIAGO et al., 2009 apud SILVEIRA; RODRIGUES, 2015)

“Um pedacinho de terra perdido no mar” assim começa a primeira estrofe da poesia – e que posteriormente se tornou o hino de Florianópolis – de Cláudio Alvim Barbosa (1929 – 1998), ou Zininho, boêmio compositor, natural de Três Riachos, Biguaçu (MONDARDO JÚNIOR, 2007). Este pedacinho de terra cercado por água, nem sempre significada que, embora cercados por algo, estejamos sempre acompanhados. E é o que muitas vezes acontece com os indivíduos que, cada vez mais, estão cercados por uma individualização e consequentemente por uma solidão social ininterrupta. Em muitos casos, as condições sociais e geográficas das cidades podem vir a provocar comportamentos peculiares em seus habitantes, como no caso de transtornos mentais, tais como depressão ou bipolaridade, muitas vezes, desencadeantes das condições climáticas ou econômicas e que podem levar a pensamentos suicidas.

“Jamais a natureza reuniu tanta beleza” é a segunda estrofe do rancho. Beleza essa que aflora por todos os cantos e que enche os olhos de quem está de passagem, pois a rotina dos que aqui residem, não inclui o turismo. Fecham seus olhos para as belezas naturais da cidade, enclausurados entre trabalho e trânsito. Por mais que os indivíduos estejam cercados por paisagens paradisíacas, não as temos, infelizmente essas paisagens tornam-se invisíveis para os moradores desta ilha de belezas sem par. O crescimento econômico desenfreado e a especulação imobiliária gananciosa, vão se perdendo os aspectos característicos do nativo e a individualização continua a crescer: o ilhéu torna-se fechado como as ostras de Sambaqui e o convívio com o próximo diminui. O próximo, o turista, vem a ilha para turismo e lazer e ao se apaixonarem pela cidade retornam para residir, e, quando estão de fato indo e vindo entre ilha e continente, percebem que a utopia funciona melhor quando estão de passagem. A ilha é considerada mágica para muitos, enquanto que para outros, torna-se uma ilha da fantasia, ela nos recebe, mas não nos abraça.

3.2 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DO SUICÍDIO EM SANTA CATARINA E FLORIANÓPOLIS

Com o intuito de apresentar características epidemiológicas do suicídio em Santa Catarina, visto que há uma escassez de trabalhos referentes ao suicídio no estado, a pesquisa de Sehnem e Palosqui (2014) investigam o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e os altos índices de suicídio, buscando identificar políticas públicas com objetivo de salientar a prevenção pois somente assim enfrentaríamos o problema e melhorariamos a qualidade de vida da população.

A partir de dados coletados no ano de 2009, obtiveram como resultado os seguintes dados: decorreram 498 suicídios no estado de Santa Catarina, a faixa etária com maior número de casos foi de 40 a 50 anos de idade, 50 a 59 anos e 20 a 29 anos respectivamente. Em questões de gênero, o sexo masculino obteve os maiores números de suicídio em relação ao sexo feminino, sendo 411 e 77 respectivamente. No sexo masculino, a Grande Florianópolis apresentou os maiores números (45), seguido de Blumenau (33), Itajaí (31) e Joinville e Criciúma (25), já o sexo feminino, Joinville (9), seguido de Criciúma (8), Blumenau e Grande Florianópolis (7). Em relação ao estado civil, Sehnem et. al (2014) identificaram que tanto homens quanto mulheres casadas cometem mais suicídios que os solteiros. O sexo masculino prevalece com 174 mortes em homens casados e em mulheres, 30 casos, enquanto que para os solteiros, 24 mulheres solteiras tiraram suas próprias vidas para 149 homens solteiros. Os meios mais utilizados para concretizar o ato foram enforcamento, estrangulação e sufocação em ambos os sexos (317 para o sexo masculino e 47 para o feminino); entre os homens o uso de armas de fogo e pesticidas também foram bastante utilizados (48 e 13 respectivamente); entre as mulheres, medicamentos e drogas (10) seguido de armas de fogo (5). Janeiro, fevereiro e março – períodos de verão – foram os períodos identificados com maior número de ocorrência, porém, sem muita diferença se comparados aos outros meses do ano.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mede o nível de desenvolvimento humano dos países e utiliza como critérios indicadores educação (alfabetização e taxa de matrícula), longevidade (esperança de vida ao nascer) e renda (PIB *per capita*). O índice varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) a um (total desenvolvimento humano) e países que apresentam IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo, países com índices entre 0,500 e 0,799 são

considerados de médio desenvolvimento humano, por fim, os países com índice superior a 0,800 são considerados de alto desenvolvimento humano. Em relação ao IDH, tem-se a ideia de que cidades que apresentam boas expectativas de vida apresentem baixos índices de suicídio e nas regiões estudadas pelas autoras isto não ocorre. O estado de Santa Catarina ocupava a segunda posição no *ranking*, durante o levantamento dos dados para esta pesquisa, dos estados brasileiros com melhor IDH. A Grande Florianópolis, obteve o maior número de mortes por suicídio em 2009 e apresentou IDH referente a 0,875 em 2000. As demais cidades que apresentaram altos índices de suicídio também apresentam alto Índice de Desenvolvimento Humano: Blumenau, segunda posição em número de mortes por suicídio no estado, apresentou IDH referente a 0,855 em 2000; Itajaí, 0,825; Joinville 0,857 e Criciúma 0,822.

Para as autoras, o elevado índice de suicídio no estado de Santa Catarina, apresentam uma sociedade que não está sendo auxiliada pela compreensão dos seus valores básicos, onde uma sociedade exige sucesso e muitos dos valores familiares se perderam com uma cultura de ter e não do ser, a falta de diálogos e conflitos constantes também podem ser fatores que dispersem a sociedade e resultam no aumento dos índices de suicídio. O IDH não compreende questões acerca da saúde mental do indivíduo, mas de certo modo, a carência de uma saúde mental saudável acarreta em déficits diretamente relacionados à educação, longevidade e renda.

Em um estudo sociodemográfico do suicídio em Santa Catarina, Minghetti e Kanan (2011), ao levantar dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) (2011) entre 1996 e 2010, relatou 6.554 mortes por suicídio. Destes números, 4.663 indivíduos utilizaram como meio para concretizar o ato enforcamento, estrangulamento e sufocação; seguido de armas de fogo com 957 mortes; 188 com intoxicação por medicamentos e drogas e por fim, 174 suicídios por intoxicação por pesticidas. Em relação ao gênero, 5.364 homens e 1.190 mulheres tiraram suas próprias vidas. Dos 4.663 indivíduos que utilizaram enforcamento, estrangulamento ou sufocação para tirarem suas vidas, 3.917 eram do sexo masculino, enquanto 746 do sexo feminino; de 957 suicídios por arma de fogo, 831 do sexo masculino e 126 do sexo feminino; de 188 suicídios por intoxicação por medicamentos e drogas, 101 do sexo masculino e 87 do sexo feminino e, por fim, dos 174 suicídios por intoxicação por pesticidas, 129 homens e 45 mulheres. A distribuição de suicídios por raça/cor se deu maior entre branca, com total de 4.948 mortes; parda com 234, preta com 100 e 1.263 casos de

raça/cor ignorados. Em relação aos números de suicídio por local de ocorrência, 4.279 cometeram o ato em suas casas; 703 em hospitais; 296 em via pública; 4 pessoas em outros estabelecimentos de saúde; 1.087 em outros locais e 159 em local ignorado. Em relação ao estado civil, 2.914 casos entre os casados; 2.176 entre os solteiros; 433 entre os separados judicialmente; 380 entre os viúvos; 312 casos não informados e 339 casos ignorados. Da distribuição dos suicídios por mês de óbito, janeiro (607 casos); fevereiro (534); março (634); abril (488); maio (525); junho (479); julho (469); agosto (557); setembro (505); outubro (576); novembro (567) e por fim, dezembro (613). Os meses que apresentaram os maiores números foram março (634); dezembro (613) e janeiro (607). Minghetti e Kanan (2011) apresentam os pontos de dois autores, Bahls e Botega (2007) onde expõem que podem acontecer variações sazonais nos níveis de suicídio, já que os maiores casos ocorrem na primavera e verão, podendo, em alguns países, chegar a índices 70% maiores que no inverno. Opondo-se a ideia de Kaplan e Sadock (2007 apud MINGHETTI; KANAN, 2011), os quais apontam que não existe correlação sazonal entre suicídio e o período em que ocorre.

Kliemann (2007) realizou um estudo entre 1991 e 2005 na Grande Florianópolis visando analisar dados fornecidos pelos laudos dos exames cadavéricos do IML e obteve os seguintes resultados durante o período estudado: a faixa etária que mais comete suicídio é a de 20 – 29 anos (24,7%, 166 casos), sendo a maioria das vítimas do gênero masculino (85,4%, 573 casos) e as vítimas do gênero feminino com 14,6% dos óbitos, equivalente a 98 casos. Aproximadamente seis suicídios masculinos para um feminino durante o período analisado. A distribuição dos óbitos em relação aos meses do ano mostrou maior ocorrência em Agosto com 10,2% (68 casos), seguido por Março com 9,3% (62 casos). E a menor taxa foi no mês de Julho com 5,5% (37 casos). Ao dispor os meses do ano em quatro grupos relacionados às estações, o autor encontrou os seguintes resultados: verão (dezembro, janeiro e fevereiro) com 26,6%, outono (março, abril e maio) com 25%, inverno (junho, julho e agosto) com 22,7% e primavera (setembro, outubro e novembro) com 25,7%. A maior proporção dos suicídios ocorreu na quinta-feira com 112 óbitos, equivalente a 16,7%, seguido pelo domingo com 106 óbitos, equivalente a 15,8%. Separando em dois grupos e comparando-os: fim de semana (sábado e domingo) com 31% dos casos e dias de semana (segunda, terça, quarta, quinta e sexta-feira) com 69% dos casos.

Segundo o autor, durante o período estudado, ocorreu um aumento do número de suicídios entre o sexo masculino entre 30 e 40 anos, enquanto o sexo feminino manteve-se estável no decorrer dos anos, apresentando aproximadamente 10 suicídios por ano. Encontrou-se taxa de suicídio que se mantém constante para as mulheres, com taxa média de 1,7/100.000 habitantes, enquanto a taxa média para homens foi de 10,4/100.000 habitantes, apresentando maior variabilidade durante os anos.

Kliemann (2007) aponta ainda a relação entre a frequência de suicídios e as estações do ano e encontra taxa maior no durante o verão, 26,6%, onde a temperatura alta e o clima seco são mais comuns. Uma teoria psicossocial que busca explicar tal comportamento, baseia-se no fato de que a intensidade de atividades sociais tende a aumentar neste período, deixando o indivíduo em posição de comparação perante a outros indivíduos e, ao fazerem isso, tiram suas próprias vidas. Enquanto no inverno existiria uma tendência maior ao isolamento social e elas tenderiam a atribuir seu humor ao clima.

Diferente de Kliemann (2007), Cassorla (2005) ao analisar o suicídio em Campinas, São Paulo, percebeu que os suicidas tiram suas vidas nas segundas-feiras. A hipótese do autor é que é mais difícil iniciar a semana e enfrentar as batalhas diárias. Já as tentativas de suicídio são mais frequentes aos sábados, levando em consideração o final de semana, onde podem ocorrer discussões com pessoas relativamente importantes ou que mantêm uma relação sentimental intensa, deste modo os atos impulsivos podem vir à tona. Em relação aos horários, Cassorla (2005) aponta que são diversificados: os dados se mostraram mais frequentes entre fim de tarde e início de madrugada e maior avanço também no horário de almoço, tanto entre suicidas como entre aqueles que tentaram o ato. Para o autor, são horários em que os indivíduos estão ociosos, levando-os à solidão e a intenção de não mais viver. Por fim, o autor aponta que não encontrou relação estatística entre a incidência de atos suicidas e os meses do ano, diferente de Kliemann (2007).

3.3 FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS DO SUICÍDIO NA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS

Os dados a seguir foram disponibilizados pela Secretaria de Saúde de Florianópolis, Santa Catarina e são referentes a óbitos por suicídio, cometidos entre janeiro de 2008 e março de 2018. Neste período, obteve-se 284 casos de suicídio, com ocorrência média de 25,8.

Dentre os anos analisados, somando um total de 284 casos, o ano de 2016 foi o que apresentou maior número de casos de suicídio com 38 casos, com taxa de 7,9 para cada 100 mil habitantes, e em segundo lugar, o ano de 2017 com 36 casos, com taxa 7,5 para cada 100 mil habitantes². As variáveis para o estudo foram dispostas da seguinte maneira: estações do ano, data, sexo, faixa etária, raça/cor, estado civil, método utilizado para concretizar o ato e local de ocorrência. Deve-se levar em consideração que esses dados são estimados, devido a uma possível subnotificação dos dados epidemiológicos pela Secretaria de Saúde de Florianópolis. No caso de suicídio, essa subnotificação pode ser consequência de preenchimento incorreto da declaração de óbito com outras denominações da causa da morte, interesse familiar (em relação à apólice de seguros do suicida), constrangimento social, etc.

Tabela 1 - Casos de suicídio em Florianópolis, de acordo com o ano de ocorrência

Ano	Frequência	Porcentagem acumulativa
2008	22	7,7
2009	22	15,5
2010	25	24,3
2011	21	31,7
2012	34	43,7
2013	29	53,9
2014	29	64,1
2015	21	71,5
2016	38	84,9
2017	36	97,5
2018	7	100,0
Total	284	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Prefeitura Municipal de Florianópolis

² Para obter a taxa anual, foi dividido o número de suicídios desses períodos pelo número da população de Florianópolis, em 2016 e 2017, a estimada população foi de 477.798 habitantes.

3.3.1 Distribuição de suicídio por sexo

Em relação ao sexo dos indivíduos, as ocorrências de suicídio foram mais frequentes no sexo masculino, com 226 óbitos, enquanto o sexo feminino obteve 58 óbitos durante o período estudado. Com base nos dados referentes a Tabela 2, Florianópolis, durante o período analisado, segue o “padrão” de gênero de mortes por suicídio do Brasil e demais países, segundo a WHO (2014). Conforme mostra a literatura abordada no estudo, Lovisi et al. (2009) concluíram que os homens apresentam maior probabilidade de cometer suicídio em todas as regiões, sendo mais elevado na região Sul do país. Sehnem e Palosqui (2014) ao estudar o suicídio em Santa Catarina em 2009, também apontam que o ato prevalece entre o sexo masculino, com 411 óbitos, enquanto o sexo feminino apresentou 77 óbitos. Na capital, a Grande Florianópolis apresentou os maiores números de suicídio entre homens, 45 óbitos, se comparado às demais cidades estudadas. Kliemann (2007), ao analisar o perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio na Grande Florianópolis, também concluiu que o sexo masculino se destaca entre os óbitos, com 573 casos, enquanto o sexo feminino apresentou 98 casos.

Tabela 2 - Casos de suicídio em Florianópolis distribuídos por sexo

Sexo	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Masculino	226	79,6	79,6
Feminino	58	20,4	100,0
Total	284	100,0	

Fonte: Secretaria Municipal de Florianópolis – Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Por serem condicionados sob uma perspectiva machista, os homens tendem a negar e a procurar qualquer tipo de ajuda em situações difíceis e acabam se tornando os maiores números daqueles que obtêm sucesso no ato de tirar a própria vida. Meneghel et al. (2004) apontam que embora os homens estejam inseridos na cultura patriarcal, são os mais propensos a se abalarem por uma crise econômica, tendo o suicídio como produto final. A competitividade, a impulsividade e maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo são também comportamentos que predisõem o suicídio intrínsecos na masculinidade. Já as tentativas de suicídio são mais frequentes em mulheres e a concretização do ato é

menor se comparada as taxas masculinas. Para Meneghel et al. (2004), isso ocorre, pois, as mulheres reconhecem seus sinais de risco para depressão e doenças mentais muito antes que os homens, buscando ajuda em momentos de crise em redes de apoio social, religião e demais atividades.

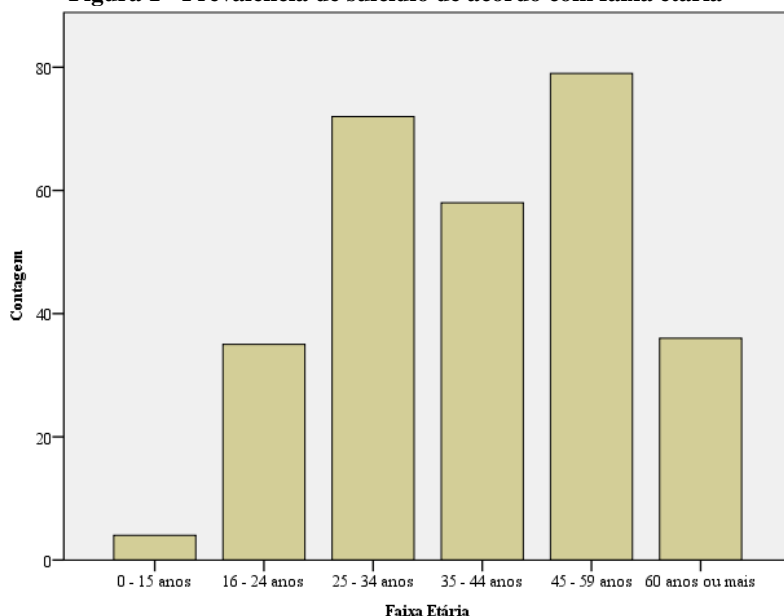
Minayo, Meneghel e Cavalcante (2012) afirmam que para os homens, o fator mais relevante que está associado ao suicídio é a perda de status que o trabalho ou emprego confere. Àquele que perde o seu trabalho, perde seu principal meio de sobrevivência, perde sua realização pessoal e assim, compromete sua qualidade de vida, inserção social, pertencimento à uma classe e, principalmente, seu papel de provedor. Em casos de dívidas, muitas vezes, a morte do chefe pode livrar a família o saldo devedor, o que torna o suicídio daquele indivíduo uma maneira de sair honradamente do período de crise. A honra é um referencial importante na estruturação das relações desiguais de gênero e para a conduta nas atividades laborais, onde o trabalhador assume compromisso para com o seu patrão (MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012, p. 2670).

3.3.2 Distribuição de suicídio por faixa etária

A idade dos indivíduos que cometeram suicídio variou de 13 anos a 90 anos, com média de idade de 41,34 anos. A faixa etária de 45 a 59 anos foi a que apresentou os maiores números de casos de suicídio, com 79 casos; seguido de 25 a 34 anos, com 72 casos e em terceiro lugar, de 34 a 44 anos, com 58 casos. A prevalência então, aponta que a população adulta (de 45 a 59 anos) comete mais suicídio que a população dita jovem (jovens de 16 a 24 anos e de 25 a 34 anos, jovens produtivos, 34 a 44 jovem estabilizado). Isso pode acontecer devido a insatisfação gerada pelo sistema. Os adultos, subjetivamente, dispõem de diversos compromissos com a sociedade, sejam eles, emocionais, profissionais ou sociais. Consequentemente, as alterações psíquicas podem levar à um fim. Da mesma maneira que os jovens têm seus papéis para com a sociedade, eles também sofrem com os compromissos que a sociedade os impõe, porém em diferentes graus se comparado às responsabilidades da faixa etária de 45 a 59 anos. Leva-se em consideração que a segunda faixa etária que apresentou os maiores resultados, 25 a 34 anos (72 casos, 58 masculinos e 14 femininos), são jovens produtivos em transição para a vida adulta, já economicamente ativos: estão saindo da graduação e ingressando na pós-graduação para

adentrar no meio de trabalho, ou apenas atuam no mercado de trabalho, aumentando então, a demanda de responsabilidades. Segundo Ores (2012), a passagem da adolescência para a vida adulta podendo comprometer a saúde mental dos indivíduos e então pode ser considerada uma fase de risco para o suicídio. Botega (2018) afirma que os jovens se deparam com a vida adulta no mesmo momento em que estão afastando da infância. Encaram novos desafios, formação de uma identidade, início de relacionamentos íntimos, universidade, responsabilidade profissional, etc.

Figura 1 - Prevalência de suicídio de acordo com faixa etária



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Dos 79 casos analisados entre 45 e 59 anos, 62 eram do sexo masculino e 17 do sexo feminino; entre 25 e 24 anos, 58 do sexo masculino e 14 do sexo feminino e, a terceira faixa etária com números de óbitos referentes à 44 do sexo masculino e 14 do sexo feminino, totalizaram 58 casos. Diferente em relação ao nosso estudo, Kliemann (2007) em sua pesquisa na Grande Florianópolis, de 1991 a 2005, percebeu que a distribuição das faixas etárias foi maior entre 20 a 29

anos, com 166 casos, seguido de 30 a 39 anos, com 153 casos. Sehnem e Palosqui (2014), percebeu que a faixa etária com maior número de casos foi de 40 a 50 anos de idade, bem como nosso estudo, os ditos adultos apresentam os maiores casos, 50 a 59 anos e 20 a 29 anos respectivamente.

Tabela 3 - Casos de suicídio em Florianópolis distribuídos por faixa etária e sexo

Faixa etária	Sexo do indivíduo		Total
	Masculino	Feminino	
0 - 15 anos	2	2	4
16 - 24 anos	29	6	35
25 - 34 anos	58	14	72
35 - 44 anos	44	14	58
45 - 59 anos	62	17	79
60 anos ou mais	31	5	36
Total	226	58	284

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Prefeitura Municipal de Florianópolis.

A faixa etária de 60 anos ou mais apresentou 36 casos de suicídio (31 casos do sexo masculino e 5 casos do sexo feminino) e isso nos leva a outro tipo de insatisfação que nos conclui dizer que abandono familiar, impotência – além da sexualidade, impotência em relação ao seu próprio corpo, perda do direito ir e vir – e desprezo social podem ser fatores que influenciam no ato suicida entre os ditos idosos. Para Elias (2001), existe um incômodo, por parte dos vivos, em relação aos moribundos que resultam em exclusão e à morte dos moribundos da vida social e à negação pelos outros, inclusive de crianças.

Segundo Minghetti e Kanan (2011), em seu estudo realizado entre 1996 e 2010 em Santa Catarina, a distribuição de suicídio por idade apresentou aumento em indivíduos com idade superior a 55 anos. Segundo Cataldo (2003, p. 668 apud MINGHETTI; KANAN, 2011), no Brasil, os idosos com mais de 60 anos são os indivíduos que apresentam as maiores taxas, sendo os homens, com mais de 20 anos, a população mais propensa para cometer o ato.

3.3.3 Distribuição de suicídios por estado civil e sexo

Em relação ao estado civil, os solteiros apresentaram os maiores números de casos, 137 óbitos, durante o período estudado, sendo 112 casos masculinos e 25 femininos, enquanto os casados apresentaram 75 casos, 56 masculinos e 19 femininos.

Tabela 4 - Casos de suicídio em Florianópolis distribuídos por estado civil e sexo

Estado Civil	Sexo do indivíduo		Total
	Masculino	Feminino	
Solteiro	112	25	137
Casado	56	19	75
Viúvo	5	3	8
Separado	20	6	26
judicialmente/divorciado			
União Estável	13	2	15
Ignorado	20	3	23
Total	226	58	284

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Sehnem e Palosqui (2014), em Santa Catarina, no ano de 2009, identificaram que os homens e as mulheres casados tiram suas vidas mais que os solteiros, com 174 casos para os homens e 24 para mulheres. Os solteiros homens apresentaram 149 casos e as mulheres solteiras 24 casos, afastando-se de nosso estudo e também da teoria durkheimiana. Minghetti e Kanan, (2011) durante os anos de 1996 e 2010, em relação ao estado civil, apresentou os maiores óbitos também entre os casados (2.914 casos), seguido dos solteiros (2.176 casos), separados (433 casos) e viúvos (380 casos).

Os dados apontam a teoria de Durkheim (2014), onde o sociólogo afirma que o casamento protege o homem dentro da sociedade. Ao romper um relacionamento, ao invés do que se espera, o sexo frágil se revela: o homem torna-se candidato às estatísticas, transformando-se em um alvo perfeito para o ato, envaidecendo as mulheres, as quais apresentam menores taxas suicidógenas quando comparadas às

masculinas. Cassorla (2005) também aponta que o casamento, de certo modo, protege o indivíduo através do apoio conjugal, companhia e responsabilidade para com os filhos, etc. O suicídio entre os solteiros, viúvos e separados é maior, segundo o autor, por consequências de tendências autodestrutivas que geram conflitos e os impossibilita de seguir adiante em busca de um novo companheiro.

3.3.4 Distribuição de suicídios por raça/cor

A tabela 5 é referente aos casos de suicídio por raça/cor ocorridos entre 2008 e 2018. Dos 284 casos, 253 ocorreram entre a população branca, 23 casos entre parda, cinco casos entre preta e três casos em amarela.

Dos 253 casos na população branca, 200 foram entre o sexo masculino e 53 entre o sexo feminino; dos 23 casos encontrados na população parte, 20 eram do sexo masculino e três do sexo feminino; entre a população preta, quatro do sexo masculino e apenas um do sexo feminino e, por último, entre amarela, dois do sexo masculino e um do sexo feminino.

Tabela 5 - Casos de suicídio em Florianópolis distribuídos por raça/cor e sexo

	Masculino	Feminino	Total
Branca	200	53	253
Preta	4	1	5
Amarela	2	1	3
Parda	20	3	23
Total	226	58	284

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Minghetti e Kanan (2011) em seu estudo em Santa Catarina, obteve 4.948 casos de suicídio entre pessoas brancas, 234 casos entre pardas, 100 casos entre negros, e seis casos entre amarelos. Cataldo et al. (2003 apud. MINGHETTI; KANAN, 2011, p. 344) apresenta o Brasil como um país com enorme miscigenação de raças, e maiores casos de suicídio entre a raça branca. Em relação as tentativas, aspectos étnicos e culturais podem ser fatores indutivo, podendo ser explicados não só pela psiquiatria como também por razões etnológicas.

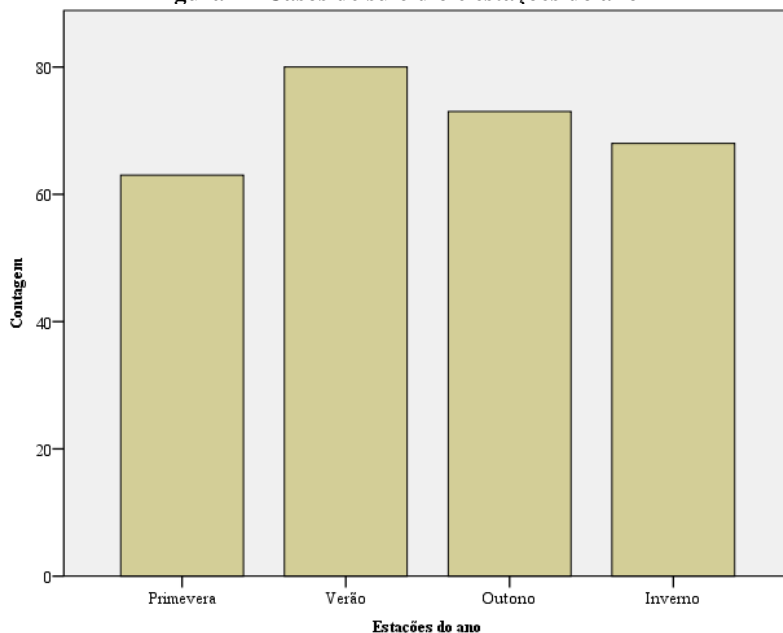
3.4 TEMPORALIDADE DO SUICÍDIO

A análise a seguir se dará a partir das variações sazonais, meses e dias da semana para que possamos identificar, se possível, em quais épocas do ano aqueles com tendência suicida concretizam o ato.

3.4.1 Estações do ano

As estações do ano foram dispostas e categorizadas, de acordo com o Instituto Nacional de Meteorologia (2018) (INMET), em outono (a partir de 20 de março); inverno (a partir de 21 de junho); primavera (a partir de 22 de setembro) e verão (a partir de 21 de dezembro). Os 284 óbitos por suicídio analisados entre 2008 e início de 2017 na cidade de Florianópolis, em relação as estações do ano, apresentaram certa distribuição. No verão, ocorreram 80 casos de suicídio; seguido do outono, com 73 casos; inverno, com 68 casos e, por último, 63 casos durante a primavera.

Figura 2 - Casos de suicídio e estações do ano



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Prefeitura Municipal de Florianópolis

Sehnm e Palosqui (2014), em seu estudo sobre suicídio nas regiões de Santa Catarina no ano de 2009, percebeu que os maiores números de casos durante o período de verão, entre os meses janeiro, fevereiro e março, mas sem grande diferença entre os meses restantes, não encontrando correlação sazonal significativa para o período analisado. Não foram encontradas demais literaturas que abordem uma justificativa acerca de maior incidência de suicídios durante os períodos de alta temperatura no decorrer dos anos. Bahls e Botega (2007, p. 2007 apud MINGHETTI; KANAN 2011, p. 349), apontam que os maiores casos de suicídio acontecem durante a primavera, podendo ocorrer variações sazonais nos diversos casos de suicídio. Cassorla (2005), em seu estudo realizado em Campinas, São Paulo, também não encontrou relações estatísticas entre o ato suicida e os meses do ano, consequentemente, em relação às estações do ano.

3.4.2 Dias da semana

Durante o período analisado, os óbitos por suicídio apresentaram heterogeneidade em relação aos dias da semana. Separamos a semana em dias de semana comerciais (segunda, terça, quarta, quinta e sexta-feira) e finais de semana (sábado e domingo): a primeira apresenta 194 suicídios, com os maiores números de óbitos e a segunda com 90 casos de suicídios. Em relação aos dias da semana, sábado obteve maior incidência, seguido de sexta-feira e domingo.

Tabela 6 - Casos de suicídio em Florianópolis distribuídos em relação aos dias da semana

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Segunda-feira	39	13,7	13,7	13,7
Terça-feira	36	12,7	12,7	26,4
Quarta-feira	30	10,6	10,6	37,0
Quinta-feira	42	14,8	14,8	51,8
Sexta-feira	47	16,5	16,5	68,3
Sábado	48	16,9	16,9	85,2
Domingo	42	14,8	14,8	100,0
Total	284	100,0	100,0	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Prefeitura Municipal de Florianópolis

Kliemann (2007) percebeu na Grande Florianópolis que os indivíduos cometem suicídio com maior frequência às quintas-feiras, com 112 óbitos, seguido pelo domingo, com 106 óbitos. Sábado e domingo, juntos, resultaram em 31% dos casos, enquanto o restante dos dias (segunda, terça, quarta, quinta e sexta-feira), 69% dos casos.

Segundo os dados de Campinas, São Paulo, no estudo de Cassorla (2005), os indivíduos apresentam preferência por tirar suas vidas às segundas-feiras. A hipótese do autor é que seja mais fácil tirar a própria vida a encarar a semana. Em relação as tentativas, o autor percebeu que são mais frequentes aos sábados, pois são nos finais de semana que acontecem os conflitos emocionais que podem levar a tirar a própria vida.

Tabela 7 - Casos de suicídio em Florianópolis distribuídos em relação aos dias da semana e faixa etária

	Faixa Etária						Total
	0 - 15	16 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 59	60 ou +	
Segunda-feira	0	4	8	8	15	4	39
Terça-feira	1	4	7	8	9	7	36
Quarta-feira	1	1	7	6	11	4	30
Quinta-feira	0	5	11	8	12	6	42
Sexta-feira	1	7	14	10	9	6	47
Sábado	1	7	10	12	12	6	48
Domingo	0	7	15	6	11	3	42
Total	4	35	72	58	79	36	284

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Se levarmos em consideração as hipóteses de Cassorla (2005), percebemos que em nosso estudo, entre a faixa etária 25 a 34 anos há uma predominância de casos de suicídio durante o fim da semana (sexta, sábado e domingo, totalizando 39 casos). Leva-se em consideração que essa faixa etária, jovens produtivos, busca o entretenimento e lazer durante esses três dias, mas também não podemos excluir a hipótese de Cassorla (2005) de que possa haver um isolamento devido aos conflitos emocionais e de relacionamentos durante esse período. Em contraponto com a faixa etária 45 a 59 anos, os ditos adultos, tendem a cometer suicídio nas segundas-feiras. São estes que, supostamente, deveriam cumprir com o mercado de trabalho e demais obrigações familiares, sendo mais fácil dar cabo a vida a enfrentar a batalha semanal.

3.5 CARACTERÍSTICAS DO ATO SUICIDA

As definições de suicídio foram retiradas da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), de 2008, referentes ao Capítulo XX Causas externas de

morbidade e de mortalidade (V01-Y98) abordam as classificações X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente. Nesta pesquisa, foram averiguadas 19 CIDs categorizadas abaixo e que serão exploradas (OMS, 2008).

W00 – X59 Outras causas externas de traumatismos acidentais:

X47 – Intoxicação acidental por e exposição a outros gases e vapores

X60 – X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente:

X60 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos;

X61 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte;

X62 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte;

X64 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas;

X65 Auto-intoxicação voluntária por álcool;

X68 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas;

X69 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas;

X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação;

X71 Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão;

X72 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão;

X74 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada;

X76 Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas;

X78 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante;

X79 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente;

X80 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado;

X82 Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor;

X84 Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados;

Y10 – Y34 Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada:

Y20 Enforcamento, estrangulamento e sufocação, intenção não determinada.

As 19 CIDs acima citadas foram agrupadas em sete categorias:

- Enforcamento, estrangulamento e sufocação:** X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação; Y20 Enforcamento, estrangulamento e sufocação, intenção não determinada;
- Precipitação lugar elevado:** X80 Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado;
- Arma de fogo:** X72 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão; X74 Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada;
- Intoxicação por medicamentos/drogas:** X60 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e anti-reumáticos, não-opiáceos; X61 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte; X62 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte; X64 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas;
- Intoxicação por outras substâncias:** X47 – Intoxicação acidental por e exposição a outros gases e vapores; X65 Auto-intoxicação voluntária por álcool; X68 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas; X69 Auto-intoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas; X76 Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas;
- Outros:** X71 Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão; X78 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante; X79 Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente;

X82 Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor;

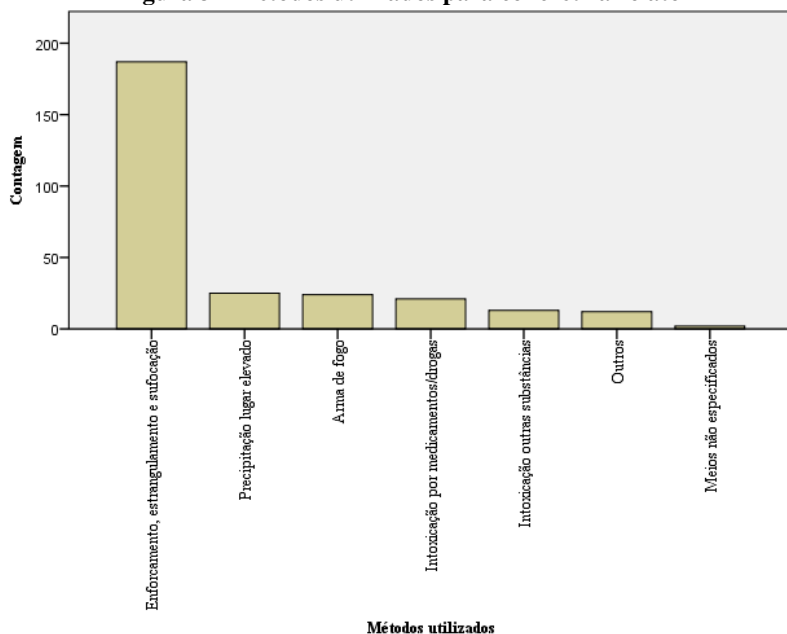
–**Meios não especificados:** X84 Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados.

–As classificações “Intoxicação por outras substâncias” e “Outros” foram agrupadas de tal modo por apresentarem menos de cinco casos em cada uma das categorias de CIDs.

3.5.1 Método utilizado

O meio mais utilizado para concretizar o suicídio foi por enforcamento, estrangulamento e sufocação (187 casos), seguido por precipitação por lugar elevado (25 casos), arma de fogo (24 casos), intoxicação por medicamentos/drogas (21 casos), intoxicação por outras substâncias (13 casos), outros casos (12) e meios não especificados (2 casos).

Figura 3 - Métodos utilizados para concretizar o ato



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Em relação ao método utilizado referente ao sexo, o sexo masculino apresentou 159 óbitos por enforcamento e 28 óbitos para o feminino, seguido por precipitação por lugar elevado, 20 casos masculinos e cinco femininos, arma de fogo também 20 casos no sexo masculino e quatro casos femininos e intoxicação por medicamentos também apresentou maiores casos no sexo masculino, 11 casos, enquanto o feminino apresentou dez casos.

Tabela 8 - Casos de suicídio em Florianópolis distribuídos em relação ao método utilizado e sexo

Método utilizado	Sexo do indivíduo		Total
	Masculino	Feminino	
Enforcamento, estrangulamento e sufocação	159	28	187
Precipitação lugar elevado	20	5	25
Arma de fogo	20	4	24
Intoxicação por medicamentos/drogas	11	10	21
Intoxicação outras substâncias	5	8	13
Outros	11	1	12
Meios não especificados	0	2	2
Total	226	58	284

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Em relação ao método utilizado e o local de ocorrência, 181 casos ocorreram em domicílio, 36 em hospitais e 18 em via pública e 46 casos categorizados como “outros”, não divulgados pela Secretaria da Saúde de Florianópolis.

Percebemos que dos 187 casos de enforcamento, 139 casos foram em domicílio, 32 casos categorizados como “outros”, 11 casos em via pública e quatro em hospitais. Em relação aos casos de suicídio por

precipitação de lugar elevado, nove casos em domicílio e apenas três em via pública.

Tabela 9 - Casos de suicídio em Florianópolis distribuídos em relação ao método utilizado e local de ocorrência

	Domicílio	Outros	Hospital	Via pública	Outros estabelecimentos	Ignorado	Total
Enforcamento, estrangulamento e sufocação	139	32	4	11	1	0	187
Precipitação lugar elevado	9	9	4	3	0	0	25
Arma de fogo	15	2	4	2	0	1	24
Intoxicação por medicamentos/drogas	6	1	12	1	1	0	21
Intoxicação outras substâncias	6	0	7	0	0	0	13
Outros	5	2	5	0	0	0	12
Meios não especificados	1	0	0	1	0	0	2
Total	181	46	36	18	2	1	284

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Prefeitura Municipal de Florianópolis.

As frases, inseridas em diversos contextos, “se atirar da ponte” ou “amarrar uma corda no pescoço” tornaram-se um jargão em nosso linguajar e no caso de Florianópolis, é de se questionar por qual motivo o enforcamento é o método mais utilizado para concretizar o suicídio e não a precipitação de lugar elevado (pontes, no caso), visto que o cartão postal da cidade é a Ponte Hercílio Luz.

O documentário *The Bridge* (2006), dirigido pelo polêmico cineasta e produtor Eric Steel, apresenta a ponte *Golden Gate*, em São Francisco, Califórnia, que também é um dos maiores pontos turísticos dos Estados Unidos e do mundo. Steel e sua equipe, durante o ano de 2004, instalaram-se aos arredores da ponte com o intuito de registrar os suicídios que lá ocorriam, obtendo registro de 24 casos de suicídio – não intervindo em nenhum momento. Durante o documentário, os indivíduos que decidem dar cabo a própria vida através de precipitação por lugar elevado (aproximadamente 70 metros de altura), transitam entre pedestres e ciclistas, observam os carros em alta velocidade e não há intervenção da população que ali transita. Há uma naturalização do suicídio por parte da população para evitar uma intervenção? Por que a fixação em se atirar de uma ponte tão conhecida? E por que a população florianopolitana ignora a Ponte Hercílio Luz e apresenta preferência por precipitação de lugar elevado em shoppings? Uma hipótese em relação à Ponte Hercílio Luz e os shoppings de Florianópolis é que, o indivíduo que pretende jogar-se de um shopping público e movimentado e de fácil acesso, grita em silêncio por um sinal de ajuda e, ainda sim, espera ser ajudado, enquanto que a Ponte Hercílio Luz, desativada desde a década de 1980, não tendo quórum para o desenlace.

Em relação ao enforcamento em domicílio, parte-se do princípio de que há uma segurança restrita no indivíduo, levando ao êxito da ação devido à ausência de elementos externos no ambiente.

Segundo Angerami (1997, p. 31 apud MINGHETTI; KANAN, 2011), a violência está intrínseca no suicídio, independente da maneira utilizada para dar fim a vida, mesmo quando o ato não aparenta dor física, ainda sim é um ato violento contra si próprio.

Deste modo, os campos midiáticos, ao noticiar os suicídios, poderiam noticiar não só aqueles que ocorrem em vias públicas, como também os suicídios ocorridos em domicílio, porém, com certa cautela e apresentando fatores de risco que podem levar a maior predisposição ao suicídio, consequentemente, apresentando maneiras de prevenção durante o ano – não somente durante os 30 dias de Setembro Amarelo.³

³ Campanha de prevenção ao suicídio criada no Brasil, em 2015, pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Centro de Valorização da Vida (CVV) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). (CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA, 2018).

CONCLUSÃO

Os números de casos de suicídio estão aumentando cada vez mais no Brasil e no mundo. Como afirmou Durkheim (2014), cada sociedade tem, em cada momento de sua história, uma predisposição maior ou menor para o suicídio, e este fato é observado ao mesmo tempo em todos os povos conhecidos, assim como o crime. Aquele que comete o ato, não aguenta mais viver, acredita que tirando sua própria vida irá cessar sua dor, o que de fato acontecerá. Porém, na visão do suicida, esse ato termina no seu último expiro, ignorando todo o seu entorno, pensando única e exclusivamente no seu sofrimento.

Durkheim (2014) ignora os fatores psicológicos do indivíduo, analisando o suicídio apenas como um fato social. Sabe-se que, ambos os aspectos são intrínsecos ao ser humano, portanto, não devemos exaltar apenas um deles. Cabe aqui ressaltar mais uma vez a insatisfação coletiva em suas respectivas características e necessidades, levando esse ato em proporções que agregam traumas em todos os âmbitos de nossas vidas, mas principalmente no familiar.

Tabela 10 - Perfil do suicida na cidade de Florianópolis

	Características
Sexo	Masculino
Raça/cor	Branca
Estado civil	Solteiro
Faixa etária	45 – 59 anos
Dia da semana	Segunda-feira
Sazonalidade	Verão/Outono/Inverno
Método utilizado	Enforcamento, estrangulamento e sufocação
Local de ocorrência	Domicílio

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Esta pesquisa buscou identificar as características demográficas dos indivíduos que cometeram suicídio na cidade de Florianópolis, entre 2008 e o início de 2018, correspondendo a 284 casos de suicídio. Para sintetizar, o quadro acima mostra as características do perfil do suicida em Florianópolis durante o período analisado. Tem-se, então, indivíduos do sexo masculino, de raça branca, solteiros, com idade entre 45 e 59 anos. Estes indivíduos apresentaram preferência por tirarem suas vidas nas segundas-feiras, sendo mais comum entre as estações do ano verão,

outono e inverno. O método mais utilizado para suicidar-se foi o enforcamento, estrangulamento e sufocação, em domicílio.

A falta de serviços públicos de atenção à saúde mental e muitas vezes o diagnóstico tardio de algum transtorno mental ou demais doenças podem acentuar o risco de suicídio na população. Portanto, deve-se pensar em meios de prevenção ao suicídio, não somente em meios relacionados à saúde, mas também reforçar nos meios de trabalho, escolares, universitários, etc., que sejam de fácil acesso ao indivíduo, não somente em momentos de crises. E tampouco a prevenção deve ser valorizada durante eventos esporádicos e sim com objetivos mais perenes em prol da sociedade. A prevenção ao suicídio não é impossível mas exige mobilização, cuidado e esforço a longo prazo. Segundo Botega (2018), nenhuma sociedade conseguiu erradicar o suicídio ao longo da história da vida humana.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Letícia Núñez *et al.* O suicídio no Brasil: Um desafio às Ciências Sociais. **Rebela: Revista Brasileira de Estudos Latino-Americanos**, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 510-591, dez. 2015. Disponível em: <http://www.iela.ufsc.br/rebela/revista/artigo/o-suicidio-no-brasil-um-desafio-ciencias-sociais>. Acesso em: 26 nov. 2018.

BARBOSA, Ana Clara; OGASAWARA, Rômulo; BENAZZI, Lauriano Atílio. Jornalismo e Suicídio: ética e noticiabilidade. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO*, 33., 2010, Caxias do Sul. **Anais [...]**. Caxias do Sul: Intercom, 2010. p. 1-11.

BOTEGA, Neury José *et al.* Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 213-220, set. 2006. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1442>. Acesso em: 01 nov. 2018.

BOTEGA, Neury José. **A tristeza transforma, a depressão paralisa: um guia para pacientes e familiares**. São Paulo: Benvirá, 2018.

CASSORLA, Roosevelt M. S. **O que é Suicídio**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. **Setembro Amarelo: História**. Disponível em: <http://www.setembroamarelo.org.br/historia/>. Acesso em: 13 nov. 2018.

DURKHEIM, Emile. **O Suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: EDIPRO, 2014.

ELIAS, Norbert. **Solidão dos Moribundos: seguido de "Envelhecer e morrer"**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

ESTADÃO. **Manual de Redação**. 2018. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/manualredacao/>. Acesso em: 13 nov. 2018.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS JORNALISTAS. **Código de Ética dos Jornalistas Brasileiros**. 2007. Disponível em: http://fenaj.org.br/wp-content/uploads/2014/06/04-codigo_de_etica_dos_jornalistas_brasileiros.pdf. Acesso em: 25 ago. 2018.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Manual de redação**: as normas técnicas de escrita e conduto do principal jornal do país. 21. ed. São Paulo: Publifolha, 2018.

GRANDO, Carolina Pompeo. **O suicídio na pauta jornalística**. 2010. Disponível em: <http://observatoriодаimprensa.com.br/diretorio-academico/o-suicidio-na-pauta-jornalistica/>. Acesso em: 27 ago. 2018.

GRUPO RBS. **Guia de ética e autorregulamentação jornalística**. Porto Alegre: RBS Publicações, 2011. Disponível em: http://www.gruporbs.com.br/wp-content/uploads/2015/11/Guia_de_Etica_e_Autorregulamentacao_Jornalistica.pdf. Acesso em: 27 ago. 2018.

IBGE. **Florianópolis**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>. Acesso em: 02 nov. 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE METEOROLOGIA. **Data e Horário de Início das Estações do Ano**. 2018. Disponível em: <http://www.inmet.gov.br/portal/index.php?r=home2/page&page=estacoesDoAno>. Acesso em: 10 nov. 2018.

KLIEMANN, Daniel Vinicius de Oliveira. **Estudo Epidemiológico de Óbitos por Suicídio na Região da Grande Florianópolis de 1991 a 2005**. 2007. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/119045/244872.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 02 nov. 2018.

LOVISI, Giovanni Marcos *et al.* Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 31, p. 86-93, 2009. Supl. 2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>. Acesso em: 02 nov. 2018.

LÖWY, Michael. Um Marx insólito. *In*: MARX, Karl. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARX, Karl. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

MENEGHEL, Stela Nazareth *et al.* Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 804-810, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102004000600008&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 10 nov. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; MENEGHEL, Stela Nazareth; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2665-2674, out. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000016. Acesso em: 26 nov. 2018.

MINGHETTI, Lenir Rodrigues; KANAN, Lilia Aparecida. Estudo epidemiológico de morte por suicídio em Santa Catarina entre os anos de 1996 a 2010. **Visão Global**, Joaçaba, v. 14, n. 2, p. 329-360, 2011. Disponível em: <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/visaoglobal/article/view/1146>. Acesso em: 26 nov. 2018.

MONDARDO JÚNIOR, Guilherme. O ébrio compor: o estreito laço entre o bar e o processo criativo de Zininho. **Santa Catarina em História**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 25-35, 2007.

OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10**. 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 25 nov. 2018.

OMS. **Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros.** Genebra, 2006. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf Acesso em: 28 nov. 2018.

OMS. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da mídia.** Genebra, 2000. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_mdia_port.pdf. Acesso em: 26 nov. 2018.

ORES, Liliane da Costa *et al.* Risco de suicídio e comportamentos de risco à saúde em jovens de 18 a 24 anos: um estudo descritivo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 28, p. 305-312, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/09.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018.

PNUD. **Ranking IDHM Municípios 2010.** 2010. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>. Acesso em: 26 nov. 2018.

PNUD; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO; IPEA. **Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil. Florianópolis, SC.** 2010. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/1390. Acesso em: 26 nov. 2018.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu da Morte.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SEHNEM, Scheila Beatriz; PALOSQUI, Vanusa. Características epidemiológicas do suicídio no estado de Santa Catarina. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 365-378, maio/ago. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/624>. Acesso em: 26 nov. 2018.

SILVEIRA, Marcos A. T. da; RODRIGUES, Adyr B. Urbanização turística no Brasil: um foco em Florianópolis – Santa Catarina. **Via: Tourism Review**, jul. 2015. Disponível em: <https://journals.openedition.org/viatourism/630#quotation>. Acesso em: 08 nov. 2018

THE BRIDGE. Direção de Eric Steel. Produção de Eric Steel. Reino Unido: Ifc Films, 2006. 1 vídeo, son., color., legendado em português. Disponível em: <https://rarbgproxied.org/torrent/9y43hae>. Acesso em: 03 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide:** a global imperative. 2014. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1. Acesso em: 24 nov. 2018.